

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE N° 346
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

par Paul ABÉLY

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
INTERNE DES ASILES DE LA SEINE

Né à Lunel (Hérault), le 29 août 1897

LES

Terminaisons de la Mélancolie

(Valeur pronostique de quelques symptômes mélancoliques)

Président : M. HENRI CLAUDE, Professeur

OLLIER-HENRY
LIBRAIRE ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26,

PARIS (VI^e Arr^t)

1923

38

346

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

348

97822.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

par Paul ABÉLY

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
INTERNE DES ASILES DE LA SEINE

Né à Lunel (Hérault), le 29 août 1897

LES

Terminaisons de la Mélancolie

(Valeur pronostique de quelques symptômes mélancoliques)

Président : M. HENRI CLAUDE, Professeur

OLLIER-HENRY

LIBRAIRE ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26,

PARIS (VI^e Arr^t)

1923

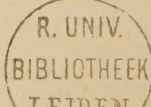
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. G.-H. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	ANDRÉ BROCA.
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BESANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSEIME.
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE.
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	LEJARS.
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	JEANNIN
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-I. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT.

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	FIESSINGER	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	GARNIER	LE LORIER	REITTERER
BAUDOIN	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHEPIÈRE	GREGOIRE	LEQUEUX	RICHAUD
BRANCA	GUENOT	LEREBOLLETT	ROUSSY
CAMUS	GUILLAIN	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLEMINOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ (Anselme)
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TANON
CHIRAY	JOYEUX	METZGER	TERRIEN
CLERC	LABBÉ HENRI	MOCQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	LAIGNEI.-LAVAS-	MULON	VILLARET
DESMAREST	TINE.	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES

dans les Hôpitaux de Toulouse et dans les Asiles de la Seine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Hommage de respectueuse reconnaissance.

Que ma première pensée, à l'heure où je termine mes études, soit à ceux à qui je dois tout : à mon père, à ma mère. En leur dédiant ce modeste travail, je voudrai leur témoigner ma très grande reconnaissance pour tous les sacrifices que leur ont dictés une tendresse sans borne. Je ne saurai assez leur rendre, tout le bonheur qu'ils m'ont prodigué.

Que mon aîné, le docteur Xavier Abély, médecin en chef de l'Asile de Toulouse, me permette de ne pas oublier en cette circonstance, sa tendresse fraternelle, son affectueux dévouement, les précieux conseils qu'il m'a donnés. Je l'en remercie de tout mon cœur.

Pendant mes premières années d'étude je fus choyé par une grand'mère et une tante qui fut ma seconde mère. Je ne saurai jamais, en échange, leur témoigner assez d'affection. Enfin, que ma chère famille de Maison Blanche, qui a su dissiper en moi, par la chaleur de son affection et la cordialité de son accueil, la nostalgie du ciel méridional, soit aussi assurée de ma tendre reconnaissance. Et que, spécialement, mon oncle, le docteur Capgras, médecin en chef des asiles de la Seine, accepte le témoignage de profonde gratitude de son ancien interne pour qu'il fut si indulgent, qu'il aida de ses conseils et à qui il inspira le sujet de cette thèse.

Que beaucoup de cette, affectueuse reconnaissance aille au professeur Mossé, aux docteurs Gilles et Tapie, de Toulouse, qui, au cours d'une grave maladie me soignèrent avec science et dévouement. Je remercie le doc-

teur Sérieux, dans le service duquel j'eus la faveur de faire un an d'internat, de la bienveillance qu'il m'a témoignée, des savants conseils qui m'ont été si utiles dans la confection de ce travail. Enfin, je n'aurai garde d'oublier le docteur D. Santenoise qui m'a fourni des renseignements précieux concernant l'étude physique des mélancoliques; nos heures de travail en commun, nos longues causeries pleines d'enthousiasme scientifique, compteront parmi les meilleurs souvenirs de mon internat.

Paris, le 16 Juin 1923.

A.-P.

AVANT-PROPOS

Si nous recherchons dans les différents traités de pathologie générale une définition précise et détaillée « du pronostic en médecine », nous retrouvons toujours un énoncé à peu près identique : « le pronostic est le jugement que l'on porte d'avance sur les changements qui doivent survenir pendant le cours d'une maladie et particulièrement sur sa durée et sa *Terminaison*.

L'étude de la terminaison d'un état pathologique quelconque constitue en somme l'élément essentiel de ce pronostic.

En médecine mentale, plus encore peut-être qu'en toute autre branche de la médecine, la recherche du pronostic doit préoccuper le psychiatre. De son étude, en effet, dépend non seulement la guérison du malade, mais aussi sa liberté, sa sécurité propre et celle de son entourage.

Lourde responsabilité que celle de l'aliéniste devant se prononcer sur l'avenir d'un malade qui présente plus souvent un syndrome complexe qu'une maladie bien définie. Dépourvu presque toujours des précieuses méthodes d'investigation de la médecine, privé de la présence

de symptômes francs ou facilement décelables, il faudra qu'il se penche vers le malheureux, pour l'observer en clinicien perspicace pour deviner les réactions mystérieuses de sa sensibilité exaspérée, sentir plus que découvrir ce que sera l'avenir. Et encore! que de déceptions, que d'erreurs réserve aux aliénistes les plus avertis, l'affirmation de ce pronostic qui demande souvent des mois et quelquefois des années.

Aussi notre prétention serait grande d'avoir voulu, en quelques pages et avec notre jeune expérience, poser des règles et des conditions bien définies dans l'étude des terminaisons de la mélancolie.

Aidé par les précieux conseils et la longue expérience de nos maîtres, nous cherchons à fixer la valeur nosographique entre les symptômes initiaux et terminaux de cette maladie mentale. Nous aider pour cela des recherches statistiques et des observations, en tirer quelques déductions utiles et dans une deuxième partie de notre travail indiquer la valeur pronostique de quelques symptômes mélancoliques, sortes de « signaux d'alarme », glanés et retrouvés au cours de nos recherches chez les malades que nous avons examinés.

Nous soulignons enfin la part du facteur étéologique, physique ou psychologique en montrant son influence peut-être capitale sur le pronostic et la terminaison de la mélancolie.

INTRODUCTION

Il importe avant d'entreprendre une étude quelconque, d'en limiter le domaine.

En tant qu'expression nosologique, le terme « mélancolie » paraît fort ambigu. Il englobe tous ces états mélancoliques, toutes ces phases d'hyposthénie psychomotrice et d'hypothymie dont la valeur séméiologique est par trop imprécise. Aussi est-il indispensable de circonscrire l'étendue de ce terme par l'élimination de ce que l'on désigne actuellement sous le nom « d'états mélancoliques symptomatiques ». Symptomatique d'une paralysie générale au début, se manifestant par des idées de suicide, mais toujours associé à un déficit intellectuel, à des signes physiques, à une formule humorale concluante.

Symptomatique d'une démence précoce commençante. Ici la tâche est plus ardue. Et le diagnostic fort embarrassant ; souvent, seule l'évolution résout le problème. Il faudra se baser surtout sur le mode début, la lenteur de l'évolution, l'étrangeté des réactions, la niaiserie et la forme atypique du délire.

Symptomatique de l'alcoolisme chronique. Il existe des

alcooliques auto-accusateurs: « idées d'auto-accusation, simples produits, dit Ségla, de l'automatisme psychologique, résultant de l'état de confusion mentale, elles ne sont plus reliées à titre d'interprétation secondaire, aux troubles primordiaux, éléments caractéristiques de la mélancolie. Ici de même le ton émotionnel reste indifférent ; l'anxiété, s'il y en a, n'est plus qu'un mode de réaction sous l'influence des idées délirantes, au lieu de leur donner naissance. Ainsi disparaît le caractère de la douleur morale inhérent au délire mélancolique ».

Symptomatique d'une confusion mentale à type mélancolique d'origine épileptique, puerpérale, toxique..... Ici encore les antécédents nous renseignent et la phrase de Ségla précédemment citée s'adaptent à ces états morbides.

Symptomatique enfin de lésions organiques localisées ou diffuses : neurasthénie ou hypochondrie des artérioscléreux des déments séniles.

Tous ces états mélancoliques présentent des symptômes particuliers liés à la maladie fondamentale, leur terminaison dépend uniquement de cette maladie et non des caractères que peut avoir l'état mélancolique.

Après ces éliminations successives, il reste la mélancolie « franche » dont la base psychologique, le stigmate morbide constant et invariable est la douleur morale : « fait de conscience cœnesthésique d'un trouble physiologique, accompagné d'un certain nombre de représentations mentales qui lui communiquent sa teinte particulière, le désespoir, le dégoût, le remords l'inquiétude, l'effroi, la terreur, etc. C'est par là que l'affre mélancolique se différencie de l'affre qui accompagne certaines

maladies organiques dans lesquelles le sentiment d'angoisse existe, pur, sans aucune représentation mentale qui le déforme ; c'est par là que notre mélancolique est un aliéné et qu'il se distingue de l'homme chez lequel les troubles organiques déterminent des états de souffrance, qui sont plus exactement rapportés au trouble fonctionnel qui les déterminent (Masselon) ».

Partant de cette base psychologique, nous recherchons sa présence vraie et ainsi nous arrivons à faire entrer dans le cadre de notre étude : la Mélancolie simple, la Mélancolie récidivante, la Mélancolie intermittente, la Mélancolie pré-sénile, tous accès mélancoliques francs de durée plus ou moins longue, de début, plus ou moins précoce, pouvant avoir des terminaisons variables. L'Ecole Krœplin les groupe tous dans la Psychose maniaco-dépressive. Est-ce que ce vaste englobement correspond à une vérité clinique ; notre étude nous permettra peut-être d'en vérifier l'exactitude ou d'en constater l'exagération.

Un accès mélancolique peut *guérir, récidiver* dans un temps variable, avec une fréquence également variable. *devenir chronique ou aboutir à la démence.*

Nous allons, dans quatre chapitre différents, étudier ces quatre éventualités.

I. — Guérison définitive

Discuter ici l'existence de la mélancolie « idiopathique » c'est rallumer toutes les discussions que souleva l'apparition de la psychose-maniaco-dépressive de Krœplin.

C'est néanmoins à l'occasion de ces discussions que nous retrouvons les statistiques les plus intéressantes concernant la mélancolie à accès unique.

Déjà, au Congrès de Genève, Régis et Lalanne signalent sur 181 cas de mélancolie, 86 cas de mélancolie non récidivante. Ces 181 malades ne furent jamais perdus de vue, tous recrutés dans une maison de santé privée, ayant des familles qui présentaient du fait de leur intelligence ou de leur éducation une plus grande certitude dans leurs renseignements. Puis, en 1910 (Annales médico-psychologiques), MM. Rémond et Voivenel firent une enquête au sujet de la psychose maniaco-dépressive dans les différents asiles de France et recueillirent des statistiques fort intéressantes.

Citons au passage celle de MM. Chevalier-Lavaure qui montre dans l'espace de trente années à l'asile d'Auch 94

mélancolies à accès unique sur une proportion de 265. A Saint-Venant, le docteur Arsimoles admet une proportion de 47,80 % de malades n'ayant eu qu'un seul accès et cela dans un espace de trente années. De 1896 à 1909, à l'asile de St-Dizier, M. Malfiliatre compte, sur 27 mélancoliques, 6 à accès unique.

Déjà, en 1908, M. Validire, élève du professeur Régis (Thèse de Bordeaux), analysant une statistique de 42 ans à l'asile de Brenty-la-Couronne, trouve 227 cas de mélancolies simples sans rechute, mélancolies typiques, présentant le tableau classique et dont l'état mental fut pendant ces 42 ans, vérifié chaque mois par un bulletin de santé détaillé.

Un an plus tard, un autre élève du professeur Régis, M. Rivière recherche les chiffres fournis pendant 5 ans par le service d'isolement de Saint-André, de Bordeaux et arrive à la proportion de 73 % de mélancolie non récidivante.

Nous avons voulu nous même compléter ces résultats par une statistique personnelle. Nous l'avons faite dans les dossiers poudreux de l'admission à l'Asile Clinique. Nous avons pour cela recueilli tous les noms des mélancoliques internés en 1871, et nous les avons suivis et recherchés jusqu'aux dossiers de 1916, c'est-à-dire pendant 45 ans, durée normale d'une existence humaine en supposant que l'accès ait débuté au plus tard à la puberté. Ces mélancoliques ont de plus subi le choc émotif de deux guerres et en choisissant ces dates, nous avons espéré trouver, sans résultat d'ailleurs, quelques accès très éloignés de mélancolie « émotive ». Notre statistique n'a pas la prétention d'être rigoureuse. Dans un service

comme l'admission et surtout dans une ville comme Paris, où la population est essentiellement flottante, provinciale d'origine, voire souvent étrangère, où beaucoup de mélancoliques guéris quittent définitivement et sur les conseils du médecin, l'agitation de la capitale, les erreurs sont multiples.

Aussi, si nous sommes arrivés sur 360 mélancoliques à une proportion de 80 % de non récidives, nous sommes les premiers à réduire fortement cette proportion, voir de moitié, mais à admettre tout de même que sur ces 360 malades, 180 sont restés à Paris, exposés à retourner à l'admission en cas d'internement et nous arrivons à une proportion de 40 %.

Ainsi la mélancolie simple non récidivante existe en fait, fréquemment même.

Il est intéressant de rechercher les caractères de ces mélancolies non récidivantes.

Si nous étudions d'abord l'âge à laquelle survient cet accès unique, *nous trouvons une limite allant de 12 à 30 ans, de la puberté à l'adolescence.* De plus, alors que la mélancolie est plus fréquente chez la femme, l'accès unique se rencontre au contraire plus souvent chez l'homme et cela dans une proportion évidente. Si nous reprenons la statistique de Validire, nous trouvons 498 mélancoliques comprenant 207 hommes et 291 femmes, à ces 207 hommes correspondent 122 accès uniques, aux 291 femmes, 105 guérison définitives. Inversement sur 158 cas de mélancolie récidivante, Validire trouve 53 hommes et 103 femmes.

Il en résulterait que *la mélancolie serait moins fréquente et d'un pronostic moins grave chez l'homme.*

La mélancolie non récidivante de l'adolescence apparaît surtout chez des sujets à constitution émotive, à terrain psychasténique et qui font une poussée anxieuse à la suite d'une cause habituellement très apparente, c'est après une longue retraite de première communion, après un mariage rompu, un deuil, une peur violente, une obsession sexuelle, c'est l'étudiant qui brusquement arraché au milieu familial, s'adapte mal à la lutte pour la vie.

Masselon écrit à ce sujet : « la guérison complète survient assez fréquemment lorsqu'il s'agit de sujets jeunes. Mais la durée de l'affection peut être plus ou moins longue. La guérison peut survenir au bout de trois mois, 6 mois, un an et plus. Tant que l'on n'a pas observé d'affaiblissement intellectuel, il ne faut pas désespérer de la guérison. Mais il est rare qu'elle apparaisse après plusieurs années. Lorsque la maladie se prolonge au delà de trois à quatre ans, le passage à la chronicité est la règle ».

La guérison, se fait, comme le début d'ailleurs, lentement et progressivement.

Après la mélancolie des jeunes, *la mélancolie présénile est par excellence la mélancolie à accès unique.* Au point que Gaussen, dans sa thèse, affirme la non existence de rechute dans cette maladie.

La mélancolie présénile dit Gaussen, évolue vers la guérison, la chronicité ou la démence, la guérison survient dans 30 % des cas environ. Ici encore, l'influence du sexe se fait sentir. Gaussen note lui aussi que les guérisons sont deux fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

Si nous voulons terminer ce chapitre par une conclusion, nous dirons que chez *le ou la malade presénile n'ayant jamais eu d'accès antérieur, on pourra sans trop de témérité et après guérison pronostiquer l'absence de récédive.*

Chez les sujets jeunes, le pronostic sera plus délicat ; voici ce qu'écrit Régis à ce sujet : « L'existence de psychoses à caractère cyclique dans l'ascendance, la précocité de l'accès, la brusquerie de son début et de sa fin... sont des signes qui doivent faire songer dès la première atteinte à la possibilité d'une forme cyclique ».

En prenant le contre-pied de cette phrase, nous pouvons dire que chez un *sujet jeune, si l'on ne trouve rien dans ses antécédents, si le début a été apparemment motivé et s'est fait lentement, si la guérison a été lente et progressive, on peut se hasarder à porter un pronostic favorable.*

II. — Mélancolie récédivante

Nous trouvons cette fois, au cours de toute une existence, plusieurs accès de mélancolie. Il y aura mélancolie récédivante. Mais la récédive peut être unique plus souvent multiple. Envisageons, tout d'abord la première éventualité.

A. *Récédive unique.* — Ici encore, nous avons eu recours à la méthode statistique, en puisant soit dans les vieux dossiers de l'admission, soit en consultant les observations des malades actuellement hospitalisés dans

les asiles de la Seine pour mélancolie. Le pourcentage, au premier abord, montre un chiffre imposant, *presque le dixième des mélancoliques*. Le type habituellement rencontré est le suivant : un accès dans la jeunesse, quelquefois à la puberté, un deuxième accès à la période d'involution. Toute une vie d'adulte se serait donc écoulée dans le calme.

De nouveau, les adversaires et les partisans de la psycho-maniaco-dépressive discutent ; et voici ce qu'écrivent Rémond et Voivenel à ce sujet : « lorsque les accès sont séparés par des intervalles de vingt, trente ans et plus, y a-t-il une continuité réelle entre ces crises si espacées et ne s'agirait-il pas plutôt de récédive ? Si nous prétendions, qu'un individu atteint de bronchite à sa vingtième année et qui aurait une autre bronchite vers la cinquantaine est atteint d'une affection de même nature que l'individu qui s'enrhume tous les hivers sous prétexte que dans les deux cas on trouve à l'auscultation pendant les phases aiguës, des signes physiques de même ordre on se demanderait peut-être quel est ce paradoxe ! »

Les Krœpliniens répondront que le fait qu'un malade n'a eu que deux crises dans sa vie ne prouve rien. Si un individu n'a eu que deux accès de fièvre paludéenne au cours de son existence, est-il défendu d'en conclure qu'il est atteint chroniquement de paludisme ?

Aussi cette question si importante ne peut-être tranchée que par un examen approfondi de cette longue période intercalaire.

En fait, et la chose est souvent très difficile, si l'on examine l'existence de ce malade dans l'intervalle de ses accès, si une famille intelligente peut vous renseigner,

on découvre très souvent que ces *grands accès* n'ont pas été les seuls *que la langue intermittence a été en réalité coupée de nombreux accès frustes*. C'est ainsi que dans le service de notre maître, le Docteur Sérieux, nous avons remarqué une malade, Mme B..., internée depuis 6 mois à l'âge de 42 ans, pour mélancolie et qui avait été internée en 1897, c'est-à-dire depuis 25 ans, pour le même motif. Les renseignements fournis par le fils nous firent découvrir que Mme B..., avait toujours été une cyclotynique pendant son existence, triste ou gaie sans raison, taquine, bavarde ou au contraire timide et réservée à quelques semaines d'intervalle. Bientôt la clinique compléta le diagnostic, la malade fit coup sur coup, un accès de manie et de mélancolie, réalisant le type parfait de folie alterne.

Personnellement, notre jeune expérience et la difficulté de recueillir des renseignements au sujet de ces malades ayant quitté l'asile, ne nous permettent pas de conclure. Néanmoins, nous tenons à signaler une communication très intéressante faite à ce sujet par le Docteur Séglas. Il a été donné au Docteur Séglas d'étudier entièrement la période intercalaire de quelques-uns de ces malades à récédive lointaine et il a trouvé une intermittence parfaitement normale: « J'ai observé chez plusieurs malades, des accès de mélancolie séparés par de longs intervalles. J'ai été appelé, il y a deux ans, auprès d'un homme de cinquante-deux ans, mélancolique anxieux, qui, à l'âge de vingt-cinq ans, c'est-à-dire vingt-sept ans auparavant, avait eu un accès identique.

Il y a, en ce moment, dans mon service, une dame de soixante ans qui, en 1909, a été prise d'une accès de

mélancolie anxieuse encore en évolution. En 1883, elle avait été soignée à l'asile de Vaucluse pour un accès semblable, survenu au quatrième mois d'un allaitement. Le mari, interrogé très soigneusement sur la santé mentale de sa femme pendant ces vingt six ans d'intervalle, est très affirmatif pour déclarer que rien, ni dans les idées, ni dans l'humeur, ni dans la conduite de sa femme, n'avait attiré l'attention.

J'ai présenté autrefois, à la Société de Psychiatrie, un malade âgé de de soixante et un ans, qui avait eu son premier accès à l'âge de dix-neuf ans, et le deuxième à quarante-six ans seulement, c'est-à-dire vingt-sept ans plus tard. (Récidives éloignées de la manie et de la mélancolie Roger Dupouy (A. M. P., juin 1911). Cet accès fut suivi de trois autres, séparés par des périodes de cinq ans environ.

En revanche, je connais une dame, âgée aujourd'hui de cinquante-six ans, qui à l'âge de vingt-cinq ans, fut atteinte d'un accès de mélancolie avec idées de culpabilité, de damnation ayant duré un an. Depuis lors, je ne l'ai jamais perdue de vue, je suis resté son médecin et celui de toute sa famille. Or, pendant les trente années, au cours desquelles elle a mené une vie active à la tête d'une importante maison de commerce, fait un accouchement, subi plusieurs deuils, traversé la ménopause, elle n'a jamais eu de récurrence, même légère.

Je me borne à citer ces faits sans aucun commentaire, et ne veux en tirer, au point de vue nosologique, aucune conclusion, quelle qu'elle soit ».

Un point intéressant est à étudier à la fin de ce chapitre. Lorsqu'un deuxième accès se produit après une très

longue intermittence, ce deuxième accès est-il toujours de même formule, maniaque ou mélancolique que le premier. Dans l'Encéphale de 1909, Lallemand et R. Dupouy, publient à ce sujet une statistique recueillie à l'asile de St-Yon.

Obs. 8252. — 1^{er} accès à 24 ans Mélancolie.

2^e accès à 50 ans Manie.

Sur 5 cas de psychose maniaque-dépressive.

Obs. 8407. — 1^{er} accès à 20 ans Mélancolie.

2^e accès à 47 ans Manie.

Cette formule inversée est en faveur de la psychose-maniaco-dépressive.

B. *Récidives multiples.* — L'accès de mélancolie va se renouveler plusieurs fois au cours de l'existence du même individu. Selon la fréquence, la durée, la succession des accès et leur formule nous aurons à faire à la mélancolie intermittente, périodique ou récidivante, à la folie à double forme, alterne ou circulaire.

La mélancolie intermittente est extrêmement fréquente et correspond largement aux deux tiers de la folie intermittente. Elle s'y présente sous deux formes. la *mélancolie intermittente* vraie ou périodique, celle qui se manifeste par des accès réguliers survenant aux mêmes époques, par exemple tous les printemps et la *mélancolie simplement récidivante* où il s'agit de plusieurs accès survenant sans lien d'évolution entre eux, à des moments quelconques de la vie du sujet. Cette dernière forme est de beaucoup la plus fréquente. (Statistique faites dans différents services des asiles de la Seine.

Si nous examinons ces deux formes au point de vue

de leur présentation clinique, nous remarquons que la mélancolie périodique vraie se présente par ordre de fréquence, sous l'aspect anxieux (soixante pour cent des cas environ) sous l'aspect asthéo-dépressif simple (vingt-cinq pour cent des cas environ), sous la forme stuporeuse (dix pour cent des cas environ), enfin et très rarement sous la forme délirante (cinq pour cent des cas environ).

La mélancolie récidivante au contraire se présente surtout sous la forme délirante et anxieuse, quelquefois sous la forme stuporeuse, très rarement sous l'aspect asthéo-dépressif simple.

Devant cette diversité de tableaux cliniques, on peut se demander si toutes les mélancolies récidivantes appartiennent vraiment à la même affection.

• Indiquons dès maintenant, dans ces différents aspects de la mélancolie intermittente, les signes particuliers qui peuvent intéresser nos recherches.

La forme asthéo-dépressive est incontestablement fréquente dans la folie cyclique au point que Tastevin et plus tard ses élèves Couchoud et Benon, y ont consacré des travaux originaux. Plus spécialement Couchoud dans sa thèse inaugurale expose à ce sujet des vues intéressantes. Il étudie la forme asthénique primitive, celle qui nous intéresse ici et qui se sépare des asthénies secondaires de la mélancolie, de l'aboulie, de l'hypochondrie, de certains états obsédants, de certains états confusionnels, de la catatonie, de la neurasthénie et des chocs physiques (asthénie post-douloureuse).

Cette asthénie primitive survient d'une façon spontanée, comme une maladie autonome. L'affaiblissement musculaire général, le ralentissement psychique général,

constituent les symptômes essentiels. Certains malaises physiques et une certaine anxiété qui va jusqu'à pousser le malade au suicide ne sont que des symptômes secondaires.

Essentiellement périodique ou tout au mois récidivante, cette maladie revêt les formes cliniques suivantes : asthénie périodique simple, asthénie manie périodique, asthénie chronique rémittente, asthénie manie-circulaire.

Leur *bénignité habituelle* ne motive pas l'internement ce qui explique leur rareté à l'asile et de là souvent le peu d'attention qu'on leur porte.

A l'asile on les constate surtout dans la folie à double fove, ils succèdent souvent à un grand accès maniaque. Dans tous les cas la guérison *définitive* en est exceptionnelle.

La fove anxieuse est également très fréquente dans la mélancolie intermittente.

Nous n'avons pas ici à la définir. Ce qui nous intéresse c'est l'évolution de cet accès anxieux. Comme dans tout autre accès mélancolique, le début peut être subit ou progressif, motivé par un choc moral, un élément psychopathologique quelconque, une obsession par exemple, la cause peut au contraire, en être introuvable. La fin peut-elle aussi être brusque ou lente, enfin, au cours de l'accès lui-même, l'anxiété peut être paroxystique ou même intermittente.

Le début et la fin subite, l'absence de cause psychogène, la continuité de l'anxiété sont en faveur, d'une anxiété périodique, symptomatique d'une psychose maniacodépressive, elle en comporte le pronostic.

Le début et la terminaison progressive, la présence

d'un choc émotif à la base, d'un état psychasthénique habituel, d'obsessions, de phobies préexistantes, enfin les bouffées anxieuses interrompues par des périodes de calme relatif au cours de l'accès lui-même sont en faveur plutôt d'une névrose d'angoisse paroxystique évoluant sur un terrain émotif. Dans ce cas, l'accès peut ne pas récidiver. Le pronostic en tout cas est celui de l'émotivité anxieuse, il en comporte toutes les incertitudes et les irrégularités décrites par Heckel dans la « *Névrose d'Angoisse* ».

Il y aurait en somme deux anxiétés : l'anxiété organique, liée à des troubles anesthésiques, l'anxiété psychogène liée à des troubles psychiques comportant tous les deux un pronostic et un traitement différent.

Dans un chapitre spécial où nous étudierons l'anxiété en particulier, nous reviendrons sur cette conception en essayant de l'étayer par des observations et une étude spéciale de l'état physique correspondant.

La forme délirante de l'accès mélancolique présente une fréquence moyenne, assez rare dans la folie périodique, elle se trouve surtout dans la mélancolie pré-sénile et dans ces formes de mélancolie récidivante qui correspondent aux états anxieux « psychogènes ». Enfin la grande forme délirante existe surtout dans la mélancolie chronique.

La forme stuporeuse est soit primitive, soit secondaire. Elle est souvent l'aboutissant de la grande anxiété, a peut-être quelque parenté avec la confusion mentale, apparaît d'habitude brusquement, cesse de même et semble bien appartenir à la psychose maniaco-dépressive où elle se rencontre dans dix pour cent des cas environ. Nous

reparlerons de sa valeur pronostique dans un paragraphe spécial.

Toutes ces formes cliniques ne sont d'ailleurs que des symptômes qui se mélangent bien souvent et où un seul apparaît mieux que les autres. Si nous avons voulu les dissocier pour la clarté du sujet, il serait inexact en fait de les séparer systématiquement.

La mélancolie peut alterner avec la manie, la précéder ou la suivre dans leurs accès réciproques. Nous aurons à faire à la *folie à double forme*. Psychose essentiellement intermittente, rentrant bien dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive. Très fréquente dans la folie périodique, elle représente à peu près le tiers des cas. Mais elle s'installe assez rarement d'emblée, il y a d'abord une étape de périodicité simple mélancolique ou maniaque.

Elle est alterne ou circulaire suivant la succession des accès. Dans tous les cas son *pronostic est très grave*. Falret père, a déjà fait ressortir que la folie à double forme, qui est essentiellement constituée par les deux formes de folie les plus curables, la manie et la mélancolie, est au contraire, pour sa part, l'une des plus incurables. Ritti, dans son remarquable traité arrive à la même conclusion et considère comme exceptionnelle la guérison de la folie à double forme.

Lorsque chez un mélancolique ou un maniaque on voit apparaître la double forme, la signature de la folie périodique est par cela même donnée, le pronostic s'éclaire et s'aggrave.

Les accès dans ce cas sont d'habitude multiples et leur fréquence augmente avec l'âge. Néanmoins si l'accès unique est exceptionnel on trouve quelque fois deux accès

séparés par de longues années d'intervalle. Nous en avons signalé quelques cas dans notre chapitre concernant les récidives uniques de la mélancolie.

La forme circulaire la moins fréquente est la plus grave, c'est celle qui aboutit le plus rapidement à la chronicité et à l'affaiblissement intellectuel léger. La forme alterne la moins grave ne rentre pas d'après Ritti dans le cadre de la folie à double forme.

La folie à double forme présente fréquemment le type signalé par nous précédemment et appelé par Tastevin « les dysthénies périodiques », type correspondant à une phase d'excitation suivie immédiatement d'une phase d'asthénie simple ou de dépression simple représentant la forme la moins grave de la maladie.

Dans tous ces cas, qu'il s'agisse de mélancolie à récidives multiples, ou d'accès à double forme, nous avons à faire à la folie périodique et c'est ici que se pose en général le problème du pronostic de la folie périodique.

En dehors de la chronicité évidente, quel est à un moment quelconque de la vie d'un périodique la pierre de touche pour juger de son avenir ?

C'est l'examen des périodes intercalaires.

Les Périodes intercalaires. — Dans un mémoire couronné par la Société Médico-Psychologique, nous avons, mon frère et moi, étudié « Les périodes intercalaires de la folie intermittente ». Nous avons puisé à des sources multiples nos exemples et nos observations. L'histoire et la littérature nous ont fourni quelques cas intéressants d'états intercalaires. Nous avons surtout cherché dans les différents asiles de la Seine et de province des malades en période d'intermission, nous les avons examinés

systématiquement. Nous avons étudié le fonds même de l'intelligence de chacun par les tests psychologiques modernes. Notre examen psychique s'est terminé par la recherche minutieuse de tous les signes de dégénérescence mentale héréditaire ou acquise : signes mentaux, signes physiques et physiologiques. Un assez grand nombre d'observations ainsi citées nous ont permis d'arriver aux conclusions suivantes : *s'il existe de nombreuses périodes intercalaires normales, d'autres n'en sont pas moins nettement pathologiques.*

On rencontre chez plusieurs sujets au cours de l'intermittence, une intégrité parfaite de l'intelligence. On la rencontre surtout chez les jeunes périodiques, dans les intermittences de longue durée, chez ceux qui ont eu de rares accès et le pronostic dans ce cas reste réservé mais favorable.

On peut rencontrer, rarement il est vrai, cette intégrité chez des malades à accès multiples.

Un signe intéressant de retour à l'intégrité mentale est la conscience qu'ont certains sujets dans l'intervalle lucide du caractère pathologique de leurs accès et de leurs conséquences possibles. Billod écrit : « Parmi les aliénés qui guérissent, il en est un grand nombre qui ont une conscience parfaite de l'état d'aliénation mentale dans lequel ils se sont trouvés. Je n'apprends assurément rien à personne en ajoutant que cette disposition d'esprit pour les individus qui ont recouvré la pleine lucidité de leur intelligence est le meilleur critérium que nous ayons de leur guérison ».

Un malade de M. Antheaume, au début de sa crise, faisait le choix de son lieu de placement et s'inquiétait

des prix. Une fois l'accès terminé, il projetait de faire construire, dans une de ses propriétés, une maison appropriée où il chargerait un médecin de ses amis de l'enfermer et de l'isoler pendant ses nombreux accès.

Mais s'il existe les intermittences normales, il en existe aussi beaucoup de pathologiques.

Les symptômes anormaux que l'on peut observer au cours des périodes intercalaires sont de deux ordres :

1° *Des Symptômes constitutionnels.*

2° *Des Symptômes acquis.*

A. *Symptômes constitutionnels.* — Si les périodiques présentent un état constitutionnel pathologique, cet état permanent se manifestera d'une façon intégrale au cours des intermittences, lorsqu'il ne sera plus marqué par les crises aiguës. Mais il s'agit de savoir si cet état dégénératif a une relation quelconque avec la psychose elle-même, si en particulier comme le dit Krœplin, la psychose évolue toujours sur un cerveau tari et invalide ou si au contraire il y a simple voisinage entre le terrain et la psychose. De plus existe-t-il des tares spécifiques, un terrain spécialement favorable à l'éclosion de la folie périodique ? Si l'hérédité joue un grand rôle dans l'apparition de cette psychose, si on la rencontre souvent chez des dégénérés ou des débiles divers (on sait combien la dégénérescence en général joue un rôle énorme dans l'étiologie de toutes les psychoses), nous ne croyons pas cependant à l'existence d'un terrain spécial propice à la folie périodique.

Nous nous sommes efforcés toutes les fois que nous l'avons pu de nous renseigner d'une façon précise sur

l'état mental du sujet avant l'apparition de la maladie. Nous avons alors constaté que bien souvent, le psychisme du sujet était normal avant l'éclosion de sa folie et bien des symptômes que l'on observait au cours de l'intermittence étaient des *symptômes acquis* sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Il serait hors de notre sujet de traiter l'étiologie de la psychose périodique, nous en retiendrons cependant ce qui peut intéresser notre étude. Il est extrêmement fréquent de trouver à l'origine du *premier* accès, un état toxique, infectieux, un traumatisme, un choc physique ou moral intense, agissant sans doute à la manière d'une intoxication et créant peut-être une dégénérescence physique acquise plus importante qu'une dégénérescence mentale, dégénérescence physique qui peut être également acquise par l'hérédité : « Les derniers accidents, dit Lépine, surviennent sans raison, mais les premiers ont été déterminés par des causes tangibles. Plus il y a eu de rechutes, plus la réceptivité de l'organisme s'est accrue et plus l'amélioration qui marquait les périodes intercalaires a été incomplète. Quand on ne trouve aucune circonstance étiologique valable, c'est qu'il ne s'agit pas d'une des premières crises de la maladie.... Dans la psychose intermittente, la tendance périodique est toujours acquise ».

Enfin, chez les dégénérés les plus nets, aux tares les plus visibles, l'apparition de la psychose, fait le plus souvent naître des symptômes nouveaux propres à la maladie survenue et créés par elle. L'état mental de l'intermittence chez ces malades est un mélange de tares dégénératives et de symptômes acquis. La différenciation en est parfois malaisée si l'on n'a pas connu le psychisme

antérieur du sujet. Bien plus, dans quelques cas, l'apparition de la maladie nouvelle a pour effet de modifier l'état mental constitutionnel et parfois dans un sens favorable. Un de nos malades qui n'avait jamais au paravant exercé une profession suivie, est devenu un ouvrier fidèle et consciencieux, mais un peu triste et irritable.

Un malade de l'Asile de Lafond, observé par Mabile était dans les mêmes conditions, devenu un bon travailleur. Un jeune homme paresseux, inconstant, apathique que les parents avaient dû retirer du Lycée, reprend pendant sa première intermittence ses études classiques, passe des examens et obtient une brillante situation dans un établissement financier.

Si donc la dégénérescence s'associe à la folie périodique, il y a là une simple coïncidence.

Le tableau symptomatique classique de la psychose intermittente est d'ailleurs troublé par l'intrusion de l'état dégénératif dans cette forme nosologique qui a une simplicité clinique assez manifeste. Magnan a décrit et isolé ces formes dégénératives de la manie et de la mélancolie avec hallucinations et délire polymorphe.

Les intermittents sont souvent des héréditaires, des prédisposés, mais ils n'ont, dans la majorité des cas, aucune tare dégénérative apparente. La dégénérescence mentale de ces sujets ne nous paraît pas plus importante que cette prédisposition hépatique ou rénale constatée à l'origine de toutes les maladies du foie et du rein.

Si nous avons tant insisté sur ce sujet, c'est que l'examen de cette période intercalaire, pour être précis, doit s'entourer des renseignements antérieurs et surtout de ceux qui ont précédé le premier accès. Si l'on découvre

une débilité ancienne, un terrain paranoviacque, émotif, cyclothymique, il faudra disséquer ces vieux éléments des nouveaux. Et si les vieux seuls existent, le pronostic sera encore favorable. Car l'avenir s'assombrit quand apparaissent des éléments nouveaux, inexistants jusque-là, des symptômes acquis.

B. *Symptôme acquis.* — La mélancolie périodique et la folie intermittente en général, laissent après leurs paroxysmes des tares nouvelles qui s'ajoutent aux anciennes et qui les modifient. Un grand nombre de cas nous ont montré l'existence de ces tares acquises. Chez quelques sujets elles sont discrètes. Mais souvent aussi les signes propres à l'intermittence, bien que compatibles avec la liberté, deviennent évidents, même pour un observateur mal averti. De ces seuls symptômes on peut, dans la plupart des cas, tirer un diagnostic et un pronostic pendant la période intercalaire.

Très variés, il diffèrent d'un sujet à l'autre et quelques fois d'un intervalle à l'autre. Aussi notre exposé analytique, tirant parti d'un grand nombre d'observations, restera schématique ou du moins s'appliquera à un type moyen.

Le signe primordial que l'on trouve est une *perturbation de l'affectivité*, laquelle tient sous sa dépendance les troubles intellectuels ou volontaires. Ce qui caractérise essentiellement et constamment l'intermittence, c'est la subordination étroite à l'affectivité de toutes les autres fonctions psychiques, à un degré anormal.

Voici un exemple de cyclothymie acquise, se manifestant dans l'intervalle d'accès mélancoliques francs, qui

montre bien le sujet livré aux caprices de son humeur variable.

R..., 39 ans. Deux accès antérieurs de mélancolie, ayant nécessité l'internement (tentatives de suicide). Avant le premier internement, avait passé avec succès plusieurs examens. Faisait partie d'une administration. Dans un intervalle, a abandonné son poste qu'il jugeait inférieur à ses capacités. Sujet fort intelligent, a préparé alors sa licence ès-lettres, s'est attribué des dons poétiques et a fait imprimer à ses frais des poésies, gaspillant ainsi sa petite fortune. Il a contracté un mariage excentrique, ce qui ne l'empêcha pas d'avoir des maîtresses. Dans une période intercalaire de type différent, il a obtenu, après l'avoir implorée, sa réintégration, travaille lentement mais scrupuleusement, craint de ne pas donner satisfaction et d'être renvoyé. Il divorce, songe à se faire prêtre et étudie la théologie, devient dévôt. Au cours de la guerre il obtient de brillantes citations, acquiert la réputation de casse-cou, puis déserte un beau jour. Il commet des indécidités, des abus de confiance et est condamné. Dans une période de tristesse, il veut se faire moine, il écrit à ce sujet plusieurs lettres à un évêque et finit par s'enfermer dans une maison religieuse de retraite. (*Observation personnelle*).

En dehors de leur accès aigus, les intermittents restent des déséquilibrés de leur affectivité, toujours un peu au-dessus ou au-dessous de la ligne normale, trop gais ou trop tristes, trop optimistes ou trop déprimés. De là *trois types essentiels d'intermittents : hyperthymiques, hypothy-miques cyclothymiques*.

L'égoïsme devient la note dominante de leur caractère. L'hypertrophie du moi, la mentalité égocentrique s'éta-

lent. L'irritabilité devient elle aussi un trait essentiel de leur caractère. Ils se montrent en outre, méfiants, orageux.

La prédominance de l'affectivité inférieure se traduit par l'exaltation de certains instincts. La déficience au contraire de l'affectivité supérieure se traduit par trois symptômes : l'affaiblissement du sens moral, l'indifférence, l'absence d'émotivité. En contradiction avec cet affaiblissement éthique apparaît la fréquence du mysticisme,

Les relations de la sensibilité et de l'activité si intimes chez les gens normaux, sont ici bien plus étroites encore. L'affectivité, avons-nous dit, domine toute la vie psychique des intermittents, mais elle exerce surtout son influence dans le domaine de la matricité. Les intermittents tout d'abord n'ont pas assez souvent cette activité moyenne commune aux gens normaux. Les uns sont trop actifs, les autres pas assez. C'est surtout d'ailleurs, l'activité plus ou moins spontanée, inférieure qui est exaltée. En revanche, l'activité réfléchie, hautement volontaire est déficiente. Leur travail manque, dans tous les cas, de persévérance et de continuité. Certains sujets peuvent accomplir des œuvres remarquables bien qu'entâchées d'un certain degré d'automatisme. Toutefois on remarque le plus souvent la prédominance des œuvres d'imagination sur les œuvres d'observation. Leur utilité sociale est d'habitude stérile : fugueurs, dromomanes, instables ou abouliques, ils vivent plus ou moins en marge de la société.

L'affaiblissement de l'activité volontaire a pour conséquence la libération de l'activité inférieure. L'impulsion y est fréquente, et arrive souvent aux actes de violence, aux outrages, aux homicides, aux divorces.

La plupart des actes des intermittents est entâchée d'un certain degré d'automatisme, pouvant aller jusqu'à l'allure stéréotypée.

Enfin les troubles de l'intelligence sont habituels. Il n'y a pas de trouble profond et définitif des fonctions élémentaires de l'intelligence : mémoire, association d'idées, attention. Leur activité est seulement variable selon la formule envisagée. Exaltée chez l'hyperthymique, elle est ralentie chez l'hypothymique. Ce sont là de simples troubles fonctionnels assez variables. Nous ne serons pas étonnés de trouver des sujets d'intelligence supérieure, dont le génie s'exerce dans toute sa grandeur au cours des états intercalaires (Auguste Comte, — Gérard de Nerval, Musset, Goëte, Schumann, Wolf). S'il est une folie compatible avec le génie, c'est bien la psychose intermittente. En somme les mécanismes élémentaires de la pensée sont intacts. Cependant on peut soupçonner dans bien des cas leur fragilité. Il est fréquent de constater une certaine fatigabilité psychique. Ces sujets sont obligés d'interrompre souvent l'œuvre commencée, leur attention se fatigue vite. L'épuisement psychique est plus vite atteint que chez les gens normaux. Auguste Comte faisait l'aveu de cette susceptibilité intellectuelle, éprouvée à la suite de son internement.

L'affectivité, ici encore, va dominer l'intelligence. Il y aura chez les intermittents, une diminution plus ou moins marquée des processus intellectuels les plus évolués : le jugement, le raisonnement, l'autocritique. Il y aura intégrité ou même exaltation des processus plus élémentaires : la mémoire, l'association d'idées, l'imagination.

La manifestation la plus importante et la plus évidente

de cette influence prépondérante de l'affectivité sur le raisonnement est *le jugement erronné que ces sujets portent sur l'ensemble des faits* qui se rattachent à la maladie et sur leur avenir.

On est frappé de l'optimisme concernant la maladie. Il est presque constant. Que cet optimisme fasse suite à des accès maniaques, cela peut-être encore explicable à cause de l'euphorie concomittante et qu'on entende dire à Gérard de Nerval après sa guérison: « En recouvrant ce que les hommes appellent la raison, faudra-t-il regretter de l'avoir perdue. » cela peut se comprendre. Mais qu'un anxieux, qu'un grand déprimé ayant eu pendant son accès conscience entière de ses souffrances, les oublie et les nie tout de suite après; cela est plus étrange, c'est pourtant le cas habituel. Au point qu'il y aurait peut-être là un élément de diagnostic différentiel entre les mélancolies vraiment périodiques et celles qui sortent du cadre de la psychose maniaco-dépressive. Citons dès maintenant quelques observations concluantes :

Observation Kahn. (Cyclothymie thèse). — 4 crises de dépression mélancolique. Dans l'intervalle de ses accès de dépression, son affectivité est exaltée. Elle est jalouse de son ami qu'elle adore pendant ces périodes. Il lui semble qu'elle ferait n'importe quoi, entreprenant plusieurs choses à la fois. Il y a des moments où elle sent qu'elle ne peut pas rester en place, ou elle éprouve un besoin immense d'affection; elle passe son temps à changer les objets de place, ou bien à déménager ou bien encore elle fait des scènes terribles à son ami et le menace de se tuer, parce que, dit-elle, elle l'aime trop». (Forme hyperthymique).

III. *Observation de Schumann* (d'après Dupré-Vathan et Mlles Pascal : Schumannne eut dix accès dépressifs graves. Entre ces crises on note des périodes de suractivité productive avec expansion et alacrité de l'humeur. La psychose périodique a exercé une influence heureuse sur la fécondité et le génie musical de Schumann. « Je suis tenté, écrivait-il d'écraser mon piano, il devient trop étroit pour contenir mes idées ». (formes hypertymique).

IV. *Observation n° 6, Thèse Duclos*. — Plusieurs accès maniaques ou dépressifs. Appréciation défectueuse de la maladie, optimisme exagéré, vanité pathologique (carte de visite bourrée de titres), irritabilité, hostilité vis-à-vis de son fils ; tendance aux revendications, instabilité, divorce, excès sexuels. (Forme hypertymique).

Observation personnelle. — Mme A... cinq accès dépressifs. Dans les intervalles d'une durée de 2 à 7 mois, présente un remarquable dégoût pour la vie, sans motif plausible. Conscience très vague de son état pathologique. (Forme hypothyrique).

Observation de Kraft-Ebing. — Plusieurs accès mélancoliques. Dans l'intervalle nerveux, irritable, inactif, broyant du noir tout le temps, sentimental, perd le sommeil pendant de longue période. (Forme hypothyrique).

Observation personnelle. — M. B., 3 accès mélancoliques. Entre le deuxième et le troisième accès, se marie subitement par l'intermédiaire d'une agence, mène joyeuse vie et puis devenu hypothyrique au bout de quelques mois, abandonne sa femme. Se lance dans le dévergondage le plus effréné, supplie sa femme de re-

prendre la vie commune. Elle consent, mais il garde plusieurs maîtresses. Quelques mois après, nouvelle période hypothyrique et séparation. Une intermittence s'est terminée par le troisième accès mélancolique au cours duquel le malade s'est suicidé. (Forme cyclothymique).

(Observation Thèse Duclos. — Deux accès dépressifs suivis d'une courte période de dépression, puis période de gaieté, d'ardeur, d'instabilité, avec appréciation inexacte de la maladie. (Forme cyclothymique).

(Observation service du Docteur Lwoff, à Villejuif. — M. R., 43 ans, interné depuis 9 ans. Psychose alterne, dont les périodes intercalaires ne dépassent guère un mois. Les accès tendent à se rapprocher : musicien et peintre distingué, doué d'une voix superbe, paraît peu reconnaissant à la nature de tous ces dons. Dans ses intermissions, il se montre indifférent et d'une modestie pathologique. Il se contente de travailler le jardin. Il a sur ce fond de dépression des périodes de réveil qui durent un ou deux jours seulement ; il apparaît alors orgueilleux, optimiste, querelleur, irritable. Puis il retombe dans son scepticisme dédaigneux en attendant la nouvelle crise. Il apprécie très mal sa maladie : « j'ai eu, dit-il, un peu de faiblesse corporelle ; c'est la nourriture d'Asile qui est cause de cela ». (Forme cyclothymique).

Remarquons tout de suite qu'à des accès mélancoliques peuvent faire suite indifféremment des intermittences hypo-hyper ou cyclothymiques.

Dans tous les cas, pour nous résumer on constate : *des troubles essentiels portant dans le domaine de l'affectivité, les caractères de cette affectivité sont les suivants :*

son type extrême, la fixité de l'humeur dans une forme hypo-hyper ou cyclothymique, la prédominance de l'affectivité inférieure se traduisant par l'égoïsme, l'irritabilité, l'indifférence, l'amoralité. Dans le domaine de l'activité on peut déceler une tendance à l'automatisme. Dans le domaine intellectuel, le moins touché d'ailleurs, on découvre la prépondérance du jugement passionnel et une appréciation toujours défectueuse de l'état pathologique.

Ainsi lorsqu'à la suite d'un accès mélancolique on examine un malade en période intercalaire, il est important de rechercher chez lui la présence de ces signes acquis, après avoir soigneusement écarté la présence de stigmates pathologiques existants avant le premier accès.

Le présence de ces signes acquis est la signature d'une psychose intermittente en évolution. Il semble que le malade, devenu fatalement voué à de nouveaux accès « *accumule* » pendant sa période intercalaire un *potentiel psychique* pathologique qui éclatera un jour ou l'autre en une nouvelle crise, de là la présence de ces signes morbides qui sont d'un pronostic habituellement fâcheux.

Il est intéressant d'étudier l'influence de l'évolution de la maladie sur les intermittences. Cette influence se fait sentir de deux façons, sur la durée d'une part et d'autre part sur l'état mental de ces périodes intercalaires.

D'une façon générale, la durée des intermittences diminue à mesure que la maladie évolue. Les périodes parolystiques prennent une place de plus en plus grande dans la vie du sujet, soit qu'elles deviennent plus fréquentes soit qu'elles reviennent plus longues; et l'évolution se prolongeant, il arrive un moment où l'intermittence n'est

plus qu'une rémission évidente où existent, atténués seulement les symptômes de l'accès. « La vie sociale devient alors impossible, le malade ne peut plus quitter l'asile, l'intermittence équivaut à la chronicité ». (de Fursac).

L'état mental au cours des intervalles devient lui aussi de moins en moins satisfaisant, les symptômes que nous avons précédemment décrits apparaissent avec plus de netteté et s'accroissent progressivement. Ainsi la controverse sur l'existence ou la non existence d'un état intermittent parfaitement normal ne porte en réalité que sur les premiers intervalles et dans la grande majorité des cas, les premiers accès laissent des traces certaines mais encore difficilement décelables. Certains auteurs ont voulu mettre sur le compte de la sénilité l'évolution de ces périodes intercalaires. Or, on remarque souvent que certains vieillards, ayant eu peu d'accès de psychose périodique présentent des troubles minimes. Des sujets encore jeunes, en revanche, mais ayant subi des paroxysmes répétés ont déjà des intermittences pathologiques dont les caractères vont s'accroissant, Lépine, assimilant la psychose récidivante à un phénomène d'anaphylaxie cérébrale, fait remarquer que si les premiers accès ont été déterminés par une cause tangible, les derniers sont survenus sans raison, et que quand on ne trouve aucune cause étiologique valable, c'est qu'il ne s'agit pas d'une première crise de la maladie et il ajoute : « Plus il y a de rechutes, plus la réceptivité de l'organisme s'est accrue, plus les périodes intercalaires ont été courtes et plus l'amélioration qu'elles marquaient a été incomplète ».

La diminution progressive de la durée des intermittences et l'accentuation des stigmates psychiques pendant ces périodes sont des signes de fâcheuse augure.

Terminaisons de la Mélancolie intermittente. — La question de la terminaison de la mélancolie intermittente et de la psychose périodique en général a donné lieu à beaucoup moins de divergence d'opinions que la question des intermittences.

On admet généralement que si quelques vieux périodiques restent parfaitement normaux dans l'intervalle de leurs accès, la plupart présentent des intermittences de plus en plus pathologiques. Telle est l'opinion des auteurs français aussi bien que des auteurs allemands.

Une notion tout d'abord s'impose dans l'étude de l'évolution et de la terminaison de la mélancolie intermittente : c'est la notion de chronicité. Elle ne se termine jamais en effet par la guérison. Lorsqu'on a constaté chez un même sujet plusieurs accès on peut affirmer quel que soit l'âge du sujet qu'un nouvel accès est toujours à redouter. Nous n'avons pu recueillir aucune observation de guérison bien certaine. Cependant Falret, Ritti, rapportent qu'on en a cité quelques cas. Ces cas appartiennent aux formes intermittentes simples et ne font peut être pas partie, comme nous le verrons plus tard de la mélancolie intermittente, ils apparaissent simplement comme récidivants. Baillarger a rapporté quelques observations de guérison dans la folie à double forme. Ce sont des raretés.

Lorsqu'on observe, au cours de leurs période d'intermittence de vieux périodiques, ayant à peu près atteint après de multiples accès la phase terminale de la maladie on peut distinguer deux cas comme dans les périodes initiales de la psychose.

1° L'intermittence normale terminale *exceptionnelle* mais tout de même décelable. (Il existe toujours cepen-

dant ce signe constant : l'optimisme concernant la maladie, vraiment paradoxal et pathologique après un si grand nombre d'accès).

2° L'intermittence anormale. Celle-ci représente l'immense majorité. Examinons à ce sujet le domaine affectif, le domaine réactionnel, le domaine intellectuel.

a) *Etat affectif*. — Le tendance évolutive est la suivante : les accès diminuent d'intensité et augmentent de durée. Le malade tend en somme vers une uniformisation du trouble affectif, qui se rapproche de plus en plus d'abord de la rémittence, ensuite de la chronicité, peut être en relation avec l'influence de l'âge qui atténue la vivacité des processus psychiques et des oscillations affectives. Mais elle dépend pour beaucoup des progrès de la maladie mentale elle-même. On peut en effet observer cette terminaison rémittente, voire chronique chez des *intermittents encore jeunes* après des accès répétés.

Mettons tout de suite en relief quelques symptômes importants : *le caractère stéréotypé et la monotonie des manifestations affectives*. L'indifférence devient évidente chez ces malades. Ils se montrent indifférents à l'égard de leur famille, des événements extérieurs, des émotions diverses. Une visite ne les intéresse plus, ils restent avant tout égoïstes et ne songent qu'à la satisfaction des besoins les plus matériels : manger, boire, fumer, ils n'hésitent pas à voler les camarades plus favorisés. Enfin, symptôme remarquable, *ils s'adaptent à l'asile et acceptent leur internement*. Et s'ils demandent leur exeat c'est en une formule stéréotypée, traditionnelle, à laquelle ils n'attachent aucune importance.

L'activité devient conforme à leur état affectif, elle de-

vient essentiellement monotone. Cela n'implique pas fatalement un affaiblissement intellectuel profond, cela indique surtout et seulement un *envahissement de l'automatisme*.

L'état intellectuel des vieux intermittents est une des questions controversées parmi celles que soulève l'étude de la psychose périodique. La démence y est rare et la plupart des auteurs sont d'avis que la folie intermittente entraîne rarement une déchéance psychique profonde et que cette déchéance, lorsqu'elle apparaît, est le fait de la sénilité et non de la maladie mentale elle-même. (Falret, Magnan, Arnaud, Deny, Antheaume, Krœplin, Kraft-Ebing), par contre Taubert, Garseynski considèrent que la terminaison dementielle est fréquente. Ces opinions ne sont pas aussi inconciliables qu'il pourrait le paraître. Il faudrait s'entendre d'abord sur la définition si délicate de la démence. Si l'on considère que la démence est un affaiblissement profond, global, progressif de l'intelligence, il paraît difficile à la majorité des aliénistes d'admettre que tel est l'aboutissant habituel de la psychose intermittente. Par contre, si l'on classe dans la démence les affaiblissements légers de l'intelligence, la fréquence d'un tel état terminal peut être généralement admise. Mieux vaut dans tous les cas employer plus tôt le terme plus simple et plus précis *d'affaiblissement intellectuel léger*. « Ces malades, dit Falret, subissent comme tous les hommes, les effets naturels du progrès de l'âge qui diminue dans une certaine mesure l'activité de toutes les fonctions physiques et intellectuelles. Ils peuvent éprouver après un certain nombre d'accès un certain degré d'affaiblissement intellectuel, si on les compare à eux-mêmes à une très grande distance ».

Il semble en fait qu'on peut observer trois types dans le domaine de l'intelligence chez le vieux mélancolique intermittent :

L'intégrité intellectuelle.

La démence vraie.

L'affaiblissement intellectuel léger.

Chacune de ces terminaisons possède une fréquence fort différente. Nous avons observé plus de 40 anciens périodiques ayant de 50 à 75 ans. Nous avons pu les répartir ainsi : *six* cas de démence ; *onze* cas d'intégrité de l'intelligence ; *vingt-trois* cas d'affaiblissement léger. Nous avons essayé de compléter cette statistique trop réduite par la recherche de l'observation ancienne de malades décédés et dont le diagnostic ne faisait pas de doute.

Nous en avons recueilli une cinquantaine que nous pouvons diviser de la façon suivante : 17 cas d'intégrité intellectuelle ; 18 cas de démence ; 15 cas d'affaiblissement léger. Cette statistique paraît assez différente de la première. Cette différence n'est qu'apparente. Elle est due à un défaut d'analyse approfondie du fonds mental. Le nombre des cas d'intégrité et de démence est exagéré de ce fait. Les premiers étant déclarés indemnes de toute déchéance malgré quelques défaillances, les seconds étant considérés comme déments sur la foi de signes trompeurs tel que le seul automatisme mental. C'est ce qui ressort de la lecture attentive des observations. Ainsi donc, nos recherches statistiques nous conduisent aux mêmes résultats que les données classiques : *la démence est rare, l'intégrité intellectuelle moins exceptionnelle, l'affaiblissement intellectuel léger représente le plus grand nombre des cas.*

L'affaiblissement intellectuel léger est le cas que nous avons le plus habituellement observé. Sur 42 observations, 25 rentrent dans cette catégorie. Il survient au bout de longues années seulement, il est toujours discret et lent dans son évolution. Il paraît résulter plus de la multiplicité des accès que de leur violence et il s'observe chez des *sujets relativement jeunes*.

Un examen approfondi du fonds mental est quelque fois nécessaire pour l'apprécier. Le symptôme le plus apparent est le *rétrécissement du champ intellectuel*, la diminution du pouvoir d'imagination. *L'activité intellectuelle se stéréotypie* comme l'activité motrice. Les troubles les plus considérables mais souvent peu évidents portent sur le jugement, l'affectivité, l'auto-critique. Les associations d'idées sont ralenties. La mémoire en revanche souvent indemne est quelque fois exagérée. Enfin à cet époque apparaît un symptôme capital : le collectionnisme.

I. *Observation personnelle*. — M. L., 66 ans, 4 accès de mélancolie. Lamentations incessantes sur un ton monotone, se croit ruiné, croit ses enfants réduits à la misère, s'isole dans un coin, roule constamment des mies de pain et les transforme en boulettes. Il a les poches remplies de journaux. Très lucide, à conserver toutes ses connaissances scientifiques antérieures.

II. *Observation (Service du docteur Capgras)*. — Mme B., 67 ans. Internement pour accès maniaco-dépressifs, tellement nombreux, qu'il est difficile d'en déterminer le nombre. Depuis la puberté passait un an à l'asile et un an dans sa famille. Malgré son âge et la durée de sa ma-

ladié, elle est remarquablement bien conservée au point de vue physique et intellectuel. Se montre vive, gaie, fait des réparties humoristiques. Mais dans les périodes de calme elle reste dans un état d'hyperthymie manifeste, avec un certain degré d'automatisme et des troubles manifestes de l'auto-critique.

L'intégrité intellectuelle existe également, mais en fait elle est excessivement rare et souvent ne résiste pas à un examen approfondi du fonds mental : « Foville en rapporte un cas remarquable : un vieillard âgé de 78 ans, affecté de folie à double forme a été placé pour la première fois à l'asile en 1816 et depuis cette époque il a passé une grande partie de sa vie dans divers établissements de ce genre.

Aujourd'hui encore, dans ses périodes d'excitation il montre une fécondité d'imagination, une verve délirante et surtout une mémoire d'une fidélité extraordinaire, s'appliquant aussi bien aux actes, aux lieux, aux choses, aux personnes. Après 55 ans de folie il ne manifeste pas le moindre signe de démence.

La démence est une terminaison très rare de la mélancolie intermittente vraie. D'ailleurs si l'on fait une statistique on remarque que le pourcentage des vieux périodiques qui sombrent dans la démence n'est pas plus élevé que celui des vieillards qui deviennent déments sans avoir eu de maladie mentale antérieure.

Garezynski (thèse Genève 1910), cite 9 cas de déficit intellectuel très marqué chez les maniaco-dépressifs (jeunes pour la plupart), il s'appuie sur ces observations (qui ressemblent souvent étrangement à celles de déments précoces) pour généraliser prématurément et con-

clure que la psychose maniaco-dépressive aboutit à la démence

Taubert prétend qu'il faut faire deux classes de psychose maniaco-dépressive : l'une reposerait sur une base héréditaire, l'autre **serait** plus spécialement acquise et répondrait à une lésion anatomique cérébrale, dans ce dernier cas, la démence serait la terminaison habituelle, dans le premier cas, l'exception. C'est là une hypothèse, que ne paraît confirmer ni la clinique, ni l'anatomie pathologique.

La conclusion la plus vraisemblable admise par la majorité des auteurs (Falret, Ritti, Magnan, Demy) est que lorsque la démence survient chez le périodique (toujours âgé d'ailleurs dans ce cas), elle est due aux effets de l'âge et non au progrès de la maladie, il s'agit d'une démence senile et non d'une démence vésanique.

Cette démence est simplement colorée par le fonds mental maniaco-dépressif, et elle prend le type turbulent ou apathique, continu ou alternant.

Il est à remarquer enfin que dans tous les cas où apparaît un délire secondaire systématisé, l'évolution vers la démence devient alors plus probable. Reconnaissons en tout cas que Schumann et Hugo Wolf sont morts déments.

Autres modes de terminaison de la folie intermittente.

a) Transformation en une autre maladie mentale ; b) La mort.

a) On observe exceptionnellement une telle transformation « jamais, dit Demy, on ne voit la psychose maniaco-dépressive se transformer en une autre maladie mentale, ce qui légitime son entité clinique ». Personnelle-

ment, nous n'avons pu en recueillir aucun cas. La seule évolution importante à considérer est celle qui se traduit par l'apparition d'un délire systématisé secondaire. Mais ce délire n'est ici qu'un épi-phénomène, il coexiste avec les signes de la folie intermittente et le plus souvent d'ailleurs, il ne se montre qu'au moment du passage de la maladie à l'état chronique.

Il y a lieu cependant de rappeler ici que certains auteurs, Tanzi et Riva en particulier ont émis une théorie ingénieuse de l'origine des délires secondaires à une psychose généralisée maniaque ou mélancolique. Soit qu'il survienne d'emblée chez un individu ayant eu des ascendants maniaques ou mélancoliques, soit qu'il succède chez lui même à une étape affective de cette formule.

Régis qualifie cette théorie de purement hypothétique, et nous ne pouvons, ni ne devons la discuter ici.

Ces délires, lorsqu'ils apparaissent sont d'habitude assez mal systématisés, ils représentent la terminaison d'une longue psychose intermittente et annoncent presque fatalement l'état chronique dont nous allons parler dans quelques instants.

b) La mort des intermittents est assez commune au cours de la psychose. La présence des maladies somatiques est fréquente chez eux, la tuberculose en particulier se rencontre souvent chez les mélancoliques.

Dans les périodes aiguës, la mort peut survenir par transformation de l'accès en délire aigu. Par la consommation due au défaut d'alimentation, à la suite d'un collapsus cardiaque. Enfin et surtout par le suicide. Dans les intermittences, le suicide est encore à redouter. Tel fut le cas de Gérard de Nerval, qui sorti guéri d'un ac-

cès de manie de la Maison du docteur Blanche, fut retrouvé, peu de temps après, pendu dans la rue de la Vieille-Lanterne. Nous avons signalé en effet, au cours des périodes intercalaires ces états frustes d'hypothymie qui échappent à la surveillance.

Les accidents congestifs sont également fréquents. Dans le service du docteur Capgras nous avons vu une malade ayant eu des accès répétés de mélancolie, mourir subitement à 42 ans, d'une hémorragie cérébrale.

III. — Mélancolie chronique

La mélancolie chronique est un des modes de terminaison de la mélancolie. Elle se présente sous la forme simple et sous la forme délirante, cette deuxième forme *étant de beaucoup la plus fréquente*.

La chronicité est-elle un aboutissant fréquent de la mélancolie aiguë ?

En fait, il faut s'entendre sur ce mot de chronicité.

Celle qui termine en particulier la mélancolie intermittente est encore plus paroxystique que continue, plus rémittente que chronique, néanmoins peut-elle mériter cette dernière appellation par le fonds constant de l'humeur et le léger affaiblissement intellectuel concomitant.

D'une façon générale, on peut qualifier de chronique, tout mélancolique qui ne peut plus sortir de l'asile, dont la maladie n'est donc pas entièrement remissible.

A quel moment un accès mélancolique commence-t-il à devenir chronique? Les auteurs ont à ce sujet des opinions fort divergentes.

Pour Masselon, la prolongation d'un accès au delà de 3 ans, 4 ans au plus est suffisante pour affirmer le passage à la chronicité. Krœplin au contraire affirme l'existence de guérisons survenues après 12 et 15 ans. Aussi croyons-nous que c'est surtout par l'examen clinique que nous pourrions poser un pronostic.

A quoi reconnaît-on cliniquement le passage d'un accès mélancolique à l'état chronique?

C'est surtout par l'apparition de cet affaiblissement intellectuel léger, que nous avons déjà signalé, par la persistance mais *avec atténuation* des symptômes aigus, par l'apparition de l'automatisme, des stéréotypies. Les symptômes affectifs s'estompent, les idées délirantes des périodes aiguës persistent au contraire en devenant plus homogènes, mais en se manifestant en même temps avec un certain cachet d'incohérence et quelquefois d'absurdité. Enfin apparaissent à ce moment et souvent pour la *première fois des hallucinations*. Dernier symptôme important : le malade devient indifférent au sujet de sa sortie.

Lorsqu'on fait une enquête dans les divers services asilaires, on trouve beaucoup plus de maniaques chroniques que de mélancolies chroniques. Pourtant cette différence de chiffre est toute apparente et ne résiste souvent pas à un examen approfondi des dossiers. On trouve alors des mélancolies chroniques pures, mais beaucoup moins de manies chroniques présentant ce même état de pureté. On classe souvent parmi ces soi-disant ma-

niaques chroniques, toute sorte de vieux délirants, agités, de déments turbulents et l'on s'aperçoit alors qu'au contraire la *mélancolie chronique est plus fréquente que la manie chronique*. C'est qu'en effet s'il existe une seule sorte de manie évoluant vers la chronicité, la manie intermittente, il existe en revanche toutes sortes de mélancolies à tableaux cliniques différents allant vers la même fin et la période d'involution présénile en fournit un gros contingent. Il semble aussi que beaucoup de psychoses dites organiques, à base artério-scléreuse, lacunaire, névropathique, évoluent vers cette même mélancolie chronique. En fait, la mélancolie franchement intermittente, passe, elle, beaucoup moins à la chronicité que la manie intermittente.

Au contraire, ces mélancolies simplement récidivantes à base émotionnelle que nous avons dénommées « psychogènes », épuisent plus rapidement les malades et finissent après un petit nombre d'accès, par s'éterniser. Enfin Gaussen, dans sa thèse, reconnaît que la *mélancolie présénile paye un tribut de 40 % à la chronicité*.

Il existe avons nous dit deux formes de mélancolies chroniques, une forme simple, une forme délirante.

Mélancolie chronique simple. — Elle peut se présenter sous l'aspect dépressif simple, sous l'aspect anxieux, sous l'aspect d'état « mixte » permanent. Dans tous les cas, elle est l'aboutissant de la mélancolie intermittente vraie et elle correspond bien en effet aux divers états symptomatiques précédemment décrits. La forme dépressive simple correspondra à ces états d'asthénie primitive intermittente décrite par Couchaud, à ces états de dépression mélancolique pure, si fréquents dans la psycho-maniaco-dépressive.

Enfin l'anxiété non moins fréquente dans la folie périodique aboutira parfois à l'anxiété chronique dont nous allons donner ici une observation typique :

OBS. — *Anxiété chronique* (Service du Dr Capgras). — Mme L... a été internée en août 1919 à l'âge de 45 ans, le certificat d'internement était le suivant :

« Délire mélancolique, avec anxiété, négativisme. Demi-mutisme. Gestes stéréotypés, tentative de suicide. »

Depuis lors, c'est-à-dire depuis bientôt 4 ans, son anxiété, loin de disparaître, n'a fait que s'accroître. Elle reste nue dans sa cellule, refusant tout vêtement, résistant à tout, ne répondant à aucune question, criant : « Je suis une grande criminelle, je suis la honte du monde..., vous allez entendre la chose la plus extraordinaire qui puisse arriver. J'ai fait du mal à tout le monde. Brûlez-moi dans le pétrole; étranglez-moi. » Elle refuse souvent sa nourriture. Elle ne présente pas le moindre signe d'affaiblissement intellectuel et souffre actuellement d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique, qui est peut-être un substratum anatomique de son anxiété.

Enfin, toute sa vie elle a donné les signes d'un déséquilibre constitutionnel et aurait mené une existence particulièrement agitée durant la guerre, pendant l'absence de son mari. »

Krœplin a décrit dans la psychose-maniaque-dépressive, des états « mixtes », dont nous n'avons pas à discuter ici la réalité clinique. Nous citerons cependant au passage deux observations de malades chroniques, correspondant à la description Krœplinienne et que nous appelons, en attendant mieux, des « états mixtes permanents ».

OBS. I. — (Service du Dr Capgras). — Mme G... est âgée de 58 ans. Dans ses antécédents familiaux, nous apprenons

un fait intéressant : Sa sœur a été internée en 1912 à 45 ans, pour débilité mentale avec idées de persécution et idées mystiques. On ne signale rien dans sa jeunesse. Suisse de nationalité, elle vient en France à 20 ans, s'y marie et a 3 enfants. Elle n'a jamais fait d'excès de boisson et son état de santé paraît avoir été normal jusqu'aux environs de la cinquantaine. A cette époque, au dire de sa fille, elle devint bizarre et parle seule. Très effrayée par le premier bombardement, elle se serait sentie « bouleversée ». Depuis ce jour-là, elle n'aurait jamais été comme avant ». Au début de 1916, les troubles se précisent ; vers le mois de mars, la malade refuse de travailler ; elle est déprimée, tourmentée par des idées mystiques, puis de persécution et enfin de suicide qui aboutissent à une tentative de noyade dans la Seine ; puis elle se met à casser sa vaisselle, à déchirer ses habits.

A la Salpêtrière, où elle est conduite en mai 1916, le Docteur Chaslin indique, « Débilité mentale avec idées mystiques et de persécutions vagues, tentative de suicide. Puis elle est transférée à Ville-Evrard, où le Dr Lwoff constate un état de dépression mélancolique avec hallucinations multiples. Rapidement, elle devient calme, s'occupe aux soins du ménage et sort de son état de dépression pour devenir « très gaie ». Son humeur apparaît alors très mobile, se modifiant dans le cours d'une même journée. Pendant 21 mois, elle reste dans un pavillon de malades tranquilles et continue ainsi de travailler régulièrement, malgré de fréquentes alternatives d'excitation et de dépression légères, avec tendances hypochondriaques et une certaine irritabilité.

Le 3 février 1918, à la suite d'une période d'excitation plus marquée, elle se déshabille et se promène nue dans la cour ; elle explique cette extravagance en disant que c'est pour plaire à Dieu, pour se mortifier. Elle exprime quelques idées de culpabilité à teinte mystique : « il me semble que je n'ai

pas toujours bien agi dans ma vie, que je n'ai pas bien rempli mes devoirs de chrétienne. » Bientôt, elle redevient calme, déprimée ; cependant, le 17 août 1918, Mme G... quitte ses vêtements, les déchire en petits morceaux et casse divers objets. Ainsi s'écoulent, d'après les notes recueillies, les deux premières années d'internement, jusqu'au 20 mars 1919, date du transfert à Maison-Blanche.

Depuis les 4 années que Mme G... est à Maison-Blanche, son état mental ne s'est en rien modifié et l'on peut grouper sous trois chefs, les symptômes qu'elle présente : 1° Alternatives d'excitation et de dépression avec idées délirantes ; 2° tendance constante à casser, devenue une véritable lastomanie ; 3° fonds mental sans affaiblissement intellectuel.

Mme G... passe sa vie toute nue, dans un tas de varech disposé dans une chambre d'isolement ; c'est la seule couche qu'elle accepte. Son état le plus habituel est fait de légère exaltation maniaque, de raillerie, de malice, de réponses humoristiques, mimiques et parfois grossières. Elle se plaît à estropier volontairement les noms de l'entourage et en rit la première. Aux périodes de gaieté, on peut la voir sauter, avoir le verbe haut, crier volontiers, mais sans jamais présenter cependant l'agitation motrice et la logorrhée du maniaque. Souvent, aussi, elle est mélancolique, alors elle reste couchée dans le varech, calme, déprimée, se plaignant de douleurs vagues. Parfois, une crise violente d'agitation survient avec déclamation, colère contre ses « invisibles », anxiété, lamentations et protestations contre ses souffrances ; son regard est brillant et son timbre de voix traduit sa douleur morale et son exaltation. Les idées délirantes sont peu nombreuses et peu variées. Dans ses crises d'exaltation, elle affirme parfois que c'est le diable qui la commande, pour le nier plus tard, quand elle devient calme. « Je suis maudite », s'écrie-t-elle. Cette influence diabolique a fait place actuelle-

ment à une influence divine et c'est pour délivrer, dit-elle, Notre-Seigneur, qu'elle casse et détruit. A ces idées mystiques se rattachent les idées de culpabilité et d'expiation que nous avons trouvées, relatées au début de son internement. Elle a manifesté aussi quelque rares fois de vagues idées de négation, très fugaces, disant: « Je n'ai plus de bras, ni de jambes », interprétant alors un trouble coenesthésique, caractérisé par une sensation de refroidissement des extrémités, non perceptible au toucher. Telle est la part mélancolique des troubles mentaux. Il faut ajouter que les éléments maniaques et mélancoliques de cette psychose sont loin d'être distincts, comme on pourrait le croire après cet exposé. Si les alternatives de ces états sont nettes, leur fond même, l'allure générale de la malade sont plus complexes, fait d'éléments associés appartenant aux deux syndromes.

Si nous voulons résumer cette observation, nous dirons : Que nous sommes en présence d'une femme atteinte d'un certain degré de débilité mentale dont la tare héréditaire se trouve identique chez une sœur aliénée. A la ménopause survient un accès d'anxiété avec tendance à la démonopathie externe, actes de destruction et tentative de suicide. Cet accès s'améliore rapidement et fait place, pendant une rémission de vingt-et-un mois, à un état dépressif ou persistent quelques idées mélancoliques et mystiques, associées à une grande mobilité d'humeur, mais compatibles avec un travail régulier.

Brusquement, après ce temps, une récurrence se manifeste par le besoin impérieux de se mettre nue et de détruire, symptômes désormais constants et prédominants dans le syndrome composé, par ailleurs, d'éléments mélancoliques et maniaques, se succédant parfois si rapidement qu'ils paraissent s'enchevêtrer et s'associer. La clastomanie paraît spécialement liée à un état mélancolique caractérisée par l'humeur

foncièrement triste malgré la joie épisodique, par la monotonie et la pauvreté du délire, par les idées de suicide et par l'idée d'influence diabolique. Cet état mélancolique donne naissance à une réaction motrice, qu'on pourrait, de prime abord, rapprocher d'une stéréotypie délirante, mais dont le caractère maniaque s'affirme à la fois dans la manière de détruire et dans les grimaces ou plaisanteries d'autre sorte. Cette discordance s'exagère au point de ressembler parfois à un signe d'ambivalence démentielle. C'est ainsi que tout récemment, comme on lui demandait la cause d'un accès de gaieté, la malade répondit : « Je suis gaie parceque je veux mourir. » Cette discordance apparente, exempte de tout affaiblissement intellectuel, tient peut-être en réalité à l'existence d'un état mixte où se combinent les éléments des deux syndromes de la folie à double forme.

(Extraits du « Bulletin de la Société de Clinique Mentale, mars 1923. — *Clastomanie systématique*, par J. Capgras et J. Reboul-Lachaux).

OBSERVATION II. — (Service du Dr Capgras). — Mlle L..., 37 ans, internée en août 1919: « Dépression mélancolique avec idées de culpabilité. Troubles sensoriels ». Elle guérit rapidement de cet accès. Passe au quartier des travailleuses, et se met à travailler régulièrement, en découvrant un talent rare de couturière et de brodeuse, elle reste ainsi avec une légère teinte dépressive jusqu'en octobre 1920. Refuse subitement de travailler, se met au lit et ne veut plus en sortir. Lorsqu'on la fait se lever par force, elle se couche dans un coin et refuse de manger. Elle est ainsi depuis deux ans et demie. Elle a fait, il y a quelques mois, une tentative de strangulation. Au moment de la visite, il est difficile de lui arracher quelques mots, elle manifeste une certaine malveillance à

l'égard du médecin, aux jours de bonne humeur relative, elle se contente de répondre en souriant : « Ma mère n'aurait pas dû me mettre au monde; j'attends le bon moment pour en finir, je ferai, comme ma tante, qui s'est pendue. » Malgré cette humeur essentiellement mélancolique, cette profonde asthénie qui l'empêche de se livrer au moindre effort et qui la fait rester couchée; elle est ironique, taquine, jalouse et suscite à chaque instant des querelles dans le dortoir, il lui est même arrivé d'uriner au lit volontairement. Elle ne présente pas le moindre affaiblissement intellectuel, pas le moindre ralentissement psychique, et possède en particulier une mémoire surprenante.

Elle a, depuis quelque temps, des idées hypochondriaques se plaint de douleurs multiples et a prononcé tout récemment cette phrase énigmatique: « Je suis morte en venant au monde ».

Dans toutes ces formes de mélancolie chronique simple, il n'y a d'ailleurs pas de systématisation dans les rapports des accès intermittents et la maladie chronique. A des accès répétés d'anxiété peut faire suite un état dépressif ou réciproquement. La mélancolie intermittente simple peut également évoluer vers la deuxième forme qui est:

Le Délire mélancolique chronique. — On le trouve surtout dans la mélancolie pré-sénile et dans ces formes de mélancolies récidivantes « psychogènes » dont il est l'aboutissant.

Il s'agit d'ailleurs de s'entendre sur ce délire mélancolique qui correspond à l'ancienne lypémanie d'Esquirol, à la folie hypochondriaque de Morel et qui est à réserver

au seul *délire consécutif à la mélancolie*. Bien des erreurs sont en fait possibles. Le délire chronique de Magnan est souvent précédé d'une période d'inquiétude initiale qui n'est pas un délire mélancolique. Inversement, le délire de persécution en pleine évolution crée de fréquentes réactions mélancoliques, de véritables états anxieux qu'on peut très bien confondre avec un délire mélancolique vrai. C'est prendre la cause pour l'effet. Un examen clinique approfondi, la forme évolutive permettent d'habitude d'éviter de telles erreurs, enfin l'absence d'accès antérieur doit toujours attirer l'attention. Mais il est des cas beaucoup plus difficiles à diagnostiquer : Anglade, au Congrès de Marseille de 1899 expose dans un long et très intéressant rapport, la question des délires systématisés secondaires à la mélancolie, il les divise en trois groupes : « 1° Ceux qui représentent un ou plusieurs des conceptions délirantes développées pendant le stade mélancoliques qui lui survivent, quelquefois même aux troubles sensoriels dont elles sont l'expression ; 2° Ceux qui prennent l'allure des psychoses systématisées progressives. 3° Ceux enfin qui ont un caractère exclusivement dépressif ».

Les deux premiers groupes nous paraissent discutables. Ils sont essentiellement systématisés et une systématisation rigoureuse paraît un peu paradoxale chez un cerveau ralenti, inhibé en partie, en tout cas asthénisé par la teinte mélancolique elle-même, teinte mélancolique qui a été par définition la cause essentielle de ce délire, qui lui servira de base dans toute son évolution chronique. De plus, disent les auteurs, ce délire systématisé secondaire est très fréquent dans la folie périodique.

Or, il est exceptionnel de voir un délire systématisé secondaire suivre un accès maniaque, de sorte que ce rôle de la folie périodique, dans l'écllosion des délires systématisés secondaires, serait exclusivement limité à l'état mélancolique.

Entre la mélancolie et ces délires systématisés, il y a vraisemblablement plus une association qu'une relation de causé à effet, comme le prouve la coexistence d'une constitution délirante fondamentale indépendante de l'état mélancolique. D'ailleurs voici ce qu'écrivit Anglade lui-même, à leur sujet : « Ces délires mélancoliques, dont l'existence ne saurait être mise en doute, offrent un intérêt clinique considérable. Ils proviennent de la mélancolie et tendent à rentrer dans le cadre de la paranoïa et ne sont en somme, à leur place, ni dans l'une, ni dans l'autre de ces maladies mentales. En fait, ce sont des délires mixtes parce qu'ils résultent de l'association, chez un même individu, des éléments de la paranoïa et de ceux de la psychonévrose mélancolique.

Si l'élément psychonévrotique l'emporte sur l'élément paranoïen, le délirant sera plus mélancolique qu'orgueilleux. Il parlera comme un mégalomane et réagira comme un mélancolique lorsque l'élément paranoïen aura le pas sur l'élément psychonévrotique. Il est des cas où les deux éléments se tiennent en balance. *De la connaissance parfaite du rôle de ces deux éléments découle le diagnostic et le pronostic d'un délire systématisé post-mélancolique.*

C'est d'ailleurs l'opinion qui a été développée par Gaston Lalanne, sous l'inspiration de Régis, dans ses travaux sur les persécutés-mélancoliques, qu'il consi-

dère comme une sorte de psychose mixte, sorte d'état combiné de mélancolie et de paranoïa. Il semble plus probable que ces persécutés mélancoliques se divisent en deux groupes : les uns, les plus rares, sont bien des cas de psychoses associées : folie périodique et délire interprétatif ou hallucinatoire, les accès dépressifs viennent alors modifier par intermittences l'aspect du délire. Les autres ne sont en général que des délires d'interprétation développés sur une constitution psychesthénique ; ils réalisent cette variété d'interpréteurs « résignés » décrits par Sérieux et Capgras, sous le nom de délire de supposition et dont Jean-Jacques Rousseau est le plus bel exemple.

Le troisième groupe d'Anglade au contraire, celui des délires post-mélancoliques à caractère essentiellement dépressif paraît bien être celui des délires mélancoliques chroniques vrais. En opposition aux délires systématisés secondaires, nous croyons qu'on peut les considérer comme des « *délire cœnesthopathiques* ». C'est d'eux surtout que nous allons nous occuper. Ils correspondent à la démonomanie d'Esquirol, au délire hypochondriaque de Morel, ils ont pour prototype le délire de négation de Cotard, et le délire mélancolique décrit par Wallon et A. Marie. Ces délires offrent les caractères communs : *les troubles de la sensibilité générale et spéciale y occupent la première classe*. Ces troubles de la sensibilité correspondent souvent à des altérations anatomiques du système nerveux périphérique et central.

Le délire interprète des sensations réelles ou des dysesthésies, selon le mot de Bleuler. « Or, écrivent Vallon et Marie, il n'est certainement pas de vésanies où les signes physiques soient aussi accentuées que dans la mélancolie aiguë au début. Les troubles organiques multiples se

traduisent par des troubles subjectifs douloureux, sensations pénibles de fourmillement, de picotements, de courbatures, lassitude générale.

De plus, les perceptions cénesthésiques, dans la mélancolie sont essentiellement et primitivement pervertis ou abolies. Les innombrables perceptions organiques inconscientes n'arrivent plus ou arrivent mal au sensorium, la synthèse mentale habituelle est détruite; il en résulte une impuissance de penser et de vouloir, une angoisse inexprimable que les malades traduisent par des plaintes significatives (ils sont damnés..., ils n'ont plus de corps...). Ainsi, ces malades privés de leur sensibilité viscérale et musculaire, se disent-ils en même temps entourés d'un voile, d'un nuage qui les retranchent du monde extérieur et les rend invisibles... ».

Ainsi s'ébauchent et se complètent bientôt, les délires d'énormité, les délires psycho-moteurs, les délires de possession.

Ici nul besoin de constitution délirante paranoïaque ou autre, le *délire mélancolique existe à l'état pur. Et son pronostic sera essentiellement lié à celui du syndrome mélancolique qui lui aura donné naissance.*

Aussi, allons-nous tout de suite rechercher quel est habituellement le type d'accès mélancolique qui donne naissance à ce délire cœnesthopathique quel sera son mode de début et d'évolution. Cotard, dans son exposé sur le délire des négations, assigne comme double origine ne de ce délire, la *mélancolie*, avec *dépression* ou *stupeur* et la *mélancolie agitée* ou *anxieuse*. Ce délire commence souvent par l'état délirant habituel d'un accès mélancolique : idées d'auto-accusation, de culpabilité, qui se

transforment bientôt en idées de damnation : « les craintes deviennent des terreurs, la réalité extérieure transformée et confusément perçue, finit par être née », puis la personnalité elle-même du malade se transforme et le délire des négations est constitué. Le délire hypochondriaque est une forme atténuée de ces idées de négation et de transformation. Les idées de ruine paraissent avoir également une origine identique.

Si l'on examine attentivement la plupart des observations de délire des négations, on constate immédiatement que la *grosse majorité des malades, sont des femmes et que la plupart ont dépassé la ménopause*. Sur les huit observations citées par Cotard, dans son mémoire des archives de neurologie, on trouve 5 femmes et 3 hommes la plus jeune avait 43 ans, toutes les autres oscillaient autour de la cinquantaine. L'âge d'apparition de ce délire est explicable, puisqu'on sait que ce délire *est essentiellement basé sur un état cœnesthopathique et que du fait de l'involution sénile, cette cœnesthésie est spécialement troublée*. Capgras, dans sa thèse, montre toute l'influence de cette transformation organique due à l'involution sénile ou présénile sur l'apparition du syndrome mélancolique. Et précisément, la mélancolie d'involution prend d'habitude le type anxieux ou stuporeux signalés par Cotard comme principales origines du délire de négations.

Cela ne veut pas dire que ces délires cœnesthopathiques ne puissent pas apparaître plus tôt. Si les observations sont rares, on a cité cependant des délires des négations apparaissant chez des jeunes. Crinon dans sa thèse, en note deux cas : le premier chez une jeune fille de 29 ans, fille d'alcoolique, psychasthénique constitutionnelle, ayant

eu deux internements successifs à trois mois d'intervalle pour le même délire mélancolique avec des alternatives de stupeur et d'anxiété. Elle a eu un *ictère émotif* à 7 ans, et une fièvre typhoïde à 16 ans. Elle a présenté à chaque internement des idées de négation corporelle, dont elle a guéri.

La deuxième concerne une femme de 35 ans, dont l'accès de mélancolie, qui est le premier, débuta au cours d'une grossesse, et se manifesta tout d'abord par des obsessions, et en particulier celle de la mort de sa petite fille ; elle présenta alors un « contraste psychique obsédant » qui l'amena bientôt aux idées de négation actuelles (Voir thèse Crinon observation V).

Nous avons observé nous même, dans le service du Docteur Capgras, une malade, Mlle P..., âgée de 40 ans. Elle fut internée une première fois en 1912, c'est-à-dire à 30 ans. Elle sortit guérie au bout de quelques mois. 2^e internement en 1914, pour mélancolie anxieuse, guérie également en quelque mois. 3^e internement pour état anxieux, mais on constate cette fois l'apparition d'un délire de possession secondaire à ces accès d'anxiété. Idées d'énormité: on lui met des hommes, des tramways dans la bouche, elle traîne tout le monde. On lui met le nom du Docteur C... dans la bouche. Elle présente des *hallucinations psychomotrices*, se met à bégayer au milieu de la conversation en faisant mine de retirer quelque chose de sa bouche. « Quand je marche, dit-elle, le ciel marche avec moi. Je ne pourrai donc jamais mourir ».

Depuis son dernier internement, son intelligence s'est rapidement affaiblie, ses propos deviennent décousus : « Tout la nuit on m'a fait dans le sulfure. S'il faut man-

ger des trams, ce n'est plus la peine et... » des hallucinations auditives ont apparû et sont actuellement très actives; elle injurie des voix imaginaires, demeure inerte, avec certaines stéréotypies du geste et présente maintenant un type assez complet de démence dite paranoïde.

Remarquons que chez les deux premières jeunes malades le délire de négation a *apparu dès le premier accès* et a débuté par un état psychasthénique avec obsession, créant un mécanisme psychique spécial, « *le contraste psychique par introspection mentale* » que Crinon considère comme créateur d'idées de négation.

Ce serait en somme une *cœnesthopathie mentale consciente qui créerait le délire*. Peut-être est-ce là le secret de certains délirés de négation, apparaissant chez ces jeunes mélancoliques « psychogènes » et permettant un pronostic favorable. Dans ces cas comme dans l'observation de Crinon, *les idées de négation ne sont pas affirmées, elles sont racontées avec une certaine nuance de supposition, avec une part de doute, signes qui sont habituellement favorables*.

Notre observation personnelle montre enfin que ces idées de négation, lorsqu'elles se montrent chez un sujet jeune et qu'elles s'accompagnent d'hallucinations psychomotrices et d'hallucinations en général, avec idées vagues de persécution, peuvent aboutir rapidement à un état démentiel incurable.

Le délire des négations est-il fréquemment consécutif à la mélancolie périodique. Si l'on examine les observations fournies par Cotard, on note que la plupart des malades ont déjà eu plusieurs accès de mélancolie, mais que la *plupart aussi, même parmi ceux qui sont des pé-*

riodiques depuis leur jeunesse, attendent l'involution pour devenir des négateurs et qu'à ce moment, sur le terrain éminemment favorable de la folie périodique vient s'ajouter un élément organique qui transforme la psychose en délire cœnesthopathique.

Cotard signale que cette *transformation s'annonce souvent par l'apparition d'hallucinations et surtout d'hallucinations visuelles, si rares dans les autres délires*: « des phénomènes nouveaux qui méritent de fixer l'attention en raison de leurs caractères spéciaux : ce sont les hallucinations... Les malades se croient entourés de flammes, ils voient des précipices à leur pied... ils entendent les préparatifs de leur supplice... etc.. »

Une fois installé quelle sera l'évolution de ce délire ; voici ce qu'écrivait Cotard à ce sujet : « La maladie frappe brusquement, souvent vers la période moyenne de la vie, des personnes dont la santé morale avait paru jusque là correcte ; quand elle guérit, la guérison est brusque, comme le début... Les formes les plus légères sont les plus curables. Les états anxieux avec idées de ruine, guérissent habituellement. Mais la maladie est sujette à des retours, à des intervalles plus ou moins éloignés et prend le caractère des nésanies intermittentes. Ce caractère intermittent se manifeste quelquefois, même dans des cas incurables, par des réveils de courte durée et où il semble que le malade ait retrouvé sa lucidité entière... »

Dans les formes où prédominent d'emblée la stupeur, la guérison s'observe, malgré l'intensité du délire et son absurdité. Mais il n'est pas rare qu'après une agitation anxieuse intense et prolongée, avec hallucinations, délire panophobique etc., les malades tombent dans une espèce

de stupidité trop souvent confondue avec la démence et qui se prolonge indéfiniment.... Le pronostic est également fâcheux lorsqu'on voit diminuer l'intensité du trouble mélancolique général tandis que les idées délirantes et les négations persistent au même degré. Les malades arrivent au délire négatif systématisé qui est rarement curable; ils présentent aussi dans la plupart des cas la folie d'opposition, dont Guislain a signalé le fâcheux pronostic. » Nous ajouterons enfin, que l'âge a une grande importance sur le pronostic, et qu'un délire des négations apparaissant en pleine sénilité est habituellement incurable. La forme délirante ne paraît pas avoir une grosse importance à ce même point de vue. Le malade délire surtout avec sa capacité intellectuelle, avec son terrain héréditaire, avec son éducation et ce sont surtout ces éléments qui créeront les délires de possession, d'énormité, de négation. Les délires de supposition, d'interrogation qui dénotent un trouble moins avancé du jugement sont d'un pronostic plus favorable sinon en tant que chronicité, tout au moins en tant qu'évolution vers la démence.

IV. — La Démence mélancolique

La dernière terminaison de la mélancolie est la démence.

1 Nous nous en sommes déjà occupés à propos de la *mélancolie intermittente* et avons dit combien elle était rare dans cette psychose. Le vieux périodique présente le

plus souvent un type d'affaiblissement léger, peu apparent, à base d'automatisme mental. Souvent lorsque la démence apparaît véritable, il faut la mettre sur le compte d'une lésion organique nouvelle, d'une artério-sclérose qui évolue rapidement plus que sur le compte de la maladie mentale elle-même. Nous avons connu personnellement un malade âgé de 65 ans, interné au pensionnat de Ville-Evrard et qui avait eu 7 accès de mélancolie. A la suite du dernier accès, il se présenta complètement inerte, avec un ton pleurard, des attitudes stéréotypées, des gémissements incessants et tomba bientôt dans la démence complète. Il mourut peu après et à l'autopsie on trouva un foyer de ramolissement dans la région frontale.

Les mélancolies récidivantes que nous avons appelées « psychogènes » sont encore moins exposées à cette terminaison démentielle, mais à la suite d'une anxiété extrême, d'un long accès qui traîne, ils versent dans un état délirant complexe qui les fait tomber dans *un état de stupidité signalée par Cotard, état qui n'a que les apparences de la démence*. On est frappé lorsqu'on interroge ces malades inertes, indifférents, de constater une intégrité souvent parfaite de leur intelligence.

La mélancolie d'involution est plus spécialement exposée à la terminaison démentielle, surtout si la malade en est à son premier accès.

Voici ce qu'écrivait Gaussen à ce sujet : « La démence postmélancolique présenile est niée par Krœplin et son école. Cette évolution, d'après eux, est impossible, la psychose périodique, dont la mélancolie, même présenile n'est qu'une phase n'évoluant jamais vers la démence. Les cas de mélancolie qui sont sensés sombrer dans la dé-

mence ne sont pas des mélancolies ; il s'agit là d'une erreur de diagnostic, de démences primitives dont le début a été méconnu ; on trouve en effet souvent à la première période de ces démences, des symptômes mélancoliques mais le diagnostic avec la mélancolie, c'est-à-dire la psychose périodique, est le plus souvent possible.... », suivent deux observations de démence primitive à début mélancolique (Gaussen, *Le Mélancolie présénile*, page 250). « Chez beaucoup de mélancoliques préséniles, ou considérés comme tels, qui ont versé dans la démence secondaire et dont nous avons pu consulter les observations, nous avons rencontré quelques-uns des caractères que nous venons de décrire (démence primitive). D'un autre côté, les mélancoliques préséniles dont l'évolution répond nettement aux types que nous avons étudiés dans ce travail, n'ont presque jamais versé dans la démence. — Mais il convient de faire une restriction, qui, malheureusement possède une grande importance ; à l'étiologie de la mélancolie présénile, on rencontre souvent de l'artério-sclérose ; si son évolution est lente, le cerveau est peu atteint ou bien encore si un traitement précoce vient en atténuer les effets, elle ne diminue pas les chances de guérison. Mais il n'en est pas toujours ainsi et les mélancoliques préséniles peuvent fort bien s'anéantir dans une démence artério-sclérose. *La proportion oscille entre 2 et 7 pour cent* ».

Ce sont surtout les mélancolies organiques, états vésaniques greffés sur des altérations cérébrales ou viscérales, qui se terminent par la démence. Mairet, dans son ouvrage : *La démence mélancolique*, en cite de nombreuses observations où les signes physiques toujours présents

éclipsent parfois par leur tableau clinique celui de l'état mélancolique lui-même. Nous avons, dès le début de notre travail, éliminé du cadre de notre étude, ces mélancolies organiques, aussi, n'insisterons-nous pas sur ce sujet. Et nous concluerons que la démence est une terminaison rare de la mélancolie vraie.

DEUXIEME PARTIE

Valeur pronostique de quelques symptômes mélancoliques

Après avoir, dans la première partie de notre travail, passé en revue les différentes terminaisons d'un accès mélancolique vrai, nous allons essayer de tirer de nos observations quelques « petits signes » nous permettant de prévoir avec plus de précision le mode de terminaison, le pronostic de l'évolution de cet accès.

Nous avons pour cela réparti ces symptômes mélancoliques en trois groupes, correspondant aux trois grandes fonctions cérébrales : L'Idéation. — L'Activité. — L'Affectivité.

I. — Troubles idéatifs de la mélancolie.

Leur valeur pronostique

Quel est le degré de gravité des idées délirantes dans la mélancolie ? Pour répondre, il est utile de diviser le

sujet et de préciser *la différence entre ces deux mots : idées délirantes mélancoliques et délire mélancolique* : « Nous attribuons à ces deux mots le même sens qu'on attribue aux mêmes expressions en ce qui concerne les persécutés. De même qu'il y a des malades à idées de persécution symptomatique et des malades à délire de persécution idiopathique, de même il y a des malades à idées mélancoliques et d'autres à délire mélancolique systématisé ». (Vallon et Marie).

Les idées mélancoliques délirantes symptomatiques sont fréquentes, au point que beaucoup de périodiques, les ont à chacun de leur accès. Ces idées délirantes *sont toujours secondaires à une phase de douleur morale*. « Le malade dit Griesinger, se sent en proie à la tristesse : or il est habitué à n'être triste que sous l'influence de causes fâcheuses ; de plus, la loi de causalité exige que cette tristesse est un motif... Le délire apparaît comme une justification de l'état affectif ». « La douleur n'évoque pas son délire, écrit Dumas, par un simple processus automatique, comme la faim évoque l'image d'un bon repas, elle tonifie momentanément sa pensée... Sous le coup de fouet de la douleur, les facultés de synthèse renaissent, se réforment ». Ce délire existe uniquement dans la forme anxieuse, « il croît d'autant plus que l'état affectif est plus puissant, lorsqu'il a groupé autour de lui toute l'activité intellectuelle du sujet ».

C'est alors l'apparition si fréquente des idées d'auto-accusation, du délire d'atteinte, des idées d'indignité et d'humilité. *Idées délirantes mal coordonnées d'ailleurs, jamais systématisées*, ayant d'habitude une base de vérité, énormément amplifiée. On les rencontre dans tous

les états anxieux, *elles naissent et meurent avec eux*, on les trouve mentionnées sur tous les certificats, on en fait presque un symptôme constant de l'anxiété. *Leur origine en est variable* si elles découlent souvent de la douleur morale elle-même, elles sont quelquefois *provoquer par des obsessions primitives*. Dans le service du Docteur Sérieux, nous connaissons une malade, Mme G..., psychasthénique constitutionnelle, qui luttait depuis plus d'un an contre l'obsession de poignarder son enfant, épuisée par cette horrible combat, elle sombra bientôt dans l'anxiété typique avec toutes les idées d'auto-accusation, d'indignité, d'expiation. Son état s'éméliore lentement. *La guérison de ces idées délirantes intimement liées au fond affectif du syndrome est la règle et leur gravité est celle de la mélancolie elle-même.*

Cependant, au cours de nos recherches, nous avons découvert parmi ces idées délirantes « aiguës », un signe assez *alarmant* utile à signaler : celui de *la fixité* de certaines de ces idées et en particulier *la présence d'idées obsédantes monotones*. Nous allons en fournir deux observations.

OBSERVATION I. — (Service du Dr Capgras). — Mme O..., âgée de 56 ans, Rentre en janvier 1920 à l'Asile de Maison-Blanche, avec le certificat suivant . « Débilité mentale avec état mélancolique, délire de culpabilité. Stéréotypies. Gémissements, Anxiété. » C'est son premier accès, il apparaît à la période d'involution. Cet état mélancolique remonte déjà à 11 mois, il est survenu à la suite de la mort du mari et c'est l'exaspération de l'anxiété qui a motivé l'internement.

Lorsque nous l'examinons aujourd'hui, Mme O... est donc malade depuis bientôt 5 ans. Depuis son entrée, toute son anxiété roule sur le même motif : l'idée fixe d'être la cause de la mort de son mari. Lorsqu'on lui parle elle se contente de répondre : « J'ai mal soigné mon mari, je l'ai laissé mourir. » Elle répète cette phrase toute la journée avec monotonie et persévérance. L'anxiété est paroxystique, alors elle hurle la même phrase et l'accompagne de cris et de gémissements. Elle n'a pas présenté d'autres idées délirantes. Ces paroxysmes anxieux deviennent de plus en plus fréquents, la chronicité est évidente et on commence à constater un certain degré d'affaiblissement intellectuel.

OBSERVATION II. — (Service du Dr Capgras). — Mme B..., âgée de 43 ans. A la suite d'une ovariectomie double, Mme B... fait un accès mélancolique avec anxiété et idées de culpabilité. On l'interne en décembre 1919 à Maison-Blanche. Pendant plusieurs mois son délire d'indignité se manifeste par une seule accusation. « Elle n'était pas vierge lorsqu'elle s'est mariée, elle a indignement trompé son mari. » Elle reconnaît bien qu'elle a toujours été une épouse fidèle, mais la faute est énorme, irréparable. Et le reproche revient à tout moment, créant des paroxysmes anxieux, avec pleurs, refus d'aliments, idées de suicide.

Puis, peu à peu, sous l'influence d'une forte éducation religieuse, elle fait des idées de damnation, et manifeste des tendances à l'idée de possession démoniaque et de transformation corporelle. Tout récemment, ont apparu des hallucinations visuelles, elle voit à côté d'elle une tête énorme et évolue vers un délire chronique manifeste.

Chez ces deux malades le facteur involutif joue évidemment un rôle aggravateur, la première malade est âgée de 56 ans, la

deuxième est entrée précocement dans la ménopause à la suite d'une ovariectomie double.

Nous allons présenter maintenant l'observation d'une malade beaucoup plus jeune, présentant elle aussi un état délirant à idée fixe mais qui a guéri.

OBSERVATION III. — (Service du Dr Capgras). — Mme B..., 38 ans. Est entrée à l'asile de Maison-Blanche en février 1922, à la suite d'une anxiété provoquée par un choc émotif évident. Séparée de son mari, qui est interné à Clermont, elle reçut dernièrement la visite d'un cousin, qui profitant de sa solitude, abusa d'elle et depuis, ses règles se sont arrêtées. Elle a peur d'être enceinte, peur augmentée par la présence de sa fille âgée de 16 ans. Cette dernière nous dit que pendant toute sa vie, Mme B... a été apathique, émotive, se laissant diriger.

À l'examen clinique on constate que tout son délire roule sur ce choc émotif et il sera impossible au cours de l'interrogatoire, de lui faire prononcer d'autres phrases que les suivantes: « Je suis une honteuse femme. J'ai été un peu consentante, je n'ai pas résisté. Quel malheur. C'est le bain que je mérite. » Ces quelques phrases monotones et obsédantes se répètent ainsi invariables, pendant tout son internement à Maison-Blanche, sans la moindre amplification délirante. Transférée à l'asile de Clermont, après un an de séjour à Maison-Blanche, nous avons appris qu'elle en était sortie, tout récemment, après guérison.

Cette observation est à rapprocher de celle que nous avons déjà citée à propos de l'origine obsessionnelle primitive de l'anxiété et des idées délirantes mélancoliques. Mme G..., âgée de 39 ans (service du Dr Sérieux) qui poussée depuis de longues mois par l'idée de poignarder son enfant, est arrivée

ainsi à l'anxiété et aux idées d'indignité. Chez elle aussi on constate une amélioration lente mais progressive.

Il semble donc que l'âge aggrave le pronostic de ces idées fixes mélancoliques et aussi que les idées obsédantes secondaires dues uniquement à la mélancolie, sont plus graves que les obsessions primitives antérieures, dues à un autre terrain. Il sera donc important de différencier cette origine.

Nous avons étudié les idées délirantes habituelles aux accès d'anxiété. Passons maintenant à l'étude du vrai délire mélancolique décrit par Vallon et Marie.

Il est préférable d'éliminer tout de suite ces délires que nous avons appelés constitutionnels, qui se manifestent par des idées de persécution, des interprétations bien systématisées et qui ont avec la mélancolie surtout des rapports de voisinage. Le pronostic dépendra beaucoup plus dans ce cas de l'étude du terrain primitif, et on trouvera souvent la constitution paranoïaque qui dictera beaucoup mieux les prévisions évolutives.

Occupons nous surtout de ces délires vraiment mélancoliques cœnesthopathiques. Nous en avons indiqué la valeur pronostique dans un chapitre précédent (voir mélancolie chronique). Leur gravité est incontestable surtout à partir de la ménopause, leur formule elle-même ne paraît pas avoir une importance spéciale.

Citons en passant pour corroborez la théorie cœnesthopathique de l'origine de ces délires, le cas de Mme B., qui avant la ménopause, mais après une ovariectomie a présenté des idées de possession. L'évolution du délire dé-

pendra beaucoup de cette cœnesthopathie, et de son traitement (lorsqu'il sera possible).

Nous tenons surtout à signaler au cours de ces délires l'apparition de symptômes assez rares et d'essayer d'en indiquer la valeur pronostique. Nous avons déjà parlé de la fixité et de la monotonie qui se retrouvera ici. Nous allons signaler maintenant l'apparition de la *discordance ou de l'ambivalence et en particulier des idées de grandeur chez les mélancoliques*.

OBSERVATION I. — Mme S..., 60 ans (Service du Dr Capgras). Deux accès antérieurs de mélancolie à 38 ans et 53 ans. La sénilité a transformé cette mélancolie en folie à double forme à accès ininterrompus. Elle présente actuellement des idées de persécution et des idées de grandeur, dit appartenir à la famille royale de Hollande, le roi de Prusse lui doit 500.000 francs; elle évolue lentement vers la démence.

OBSERVATION II. — Mlle L., 50 ans (Service du Dr Sérieux). — Entre à Sainte-Anne le 17 janvier 1923, et le certificat de quinzaine, la concernant, est ainsi conçu : « Dépression mélancolique avec idées de suicide, préoccupations hypochondriaques, hallucinations de l'ouïe. » Elle est en effet très déprimée, pleure continuellement, présente des préoccupations hypochondriaques, se croit en particulier atteinte de la syphilis, dit avoir déjà été neurasthénique, il y a un an, au moment de son retour d'âge. Elle manifestait quelques idées de persécution assez confuses. Le 22 février, se réveillant d'une longue semaine d'anxiété, elle nous dit : « Je veux faire du cinéma, car je suis une étoile de cinéma », elle répète cette

phrase les jours suivants. En l'examinant alors on remarque que l'anxiété, irrégulière d'ailleurs, marque de nombreuses idées de persécution, des troubles variés de la sensibilité générale, un délire déjà ancien et systématisé. Les crises d'anxiété tendent à devenir plus rares, la malade devient inerte et indifférente et paraît évoluer vers la démence.

On trouve dans différents traités de psychiatrie des observations identiques, chaque fois l'apparition des idées de grandeur a hâté l'évolution vers la démence.

Signalons une autre forme de discordance. *L'hostilité vis à vis du médecin*. Notre maître, le Docteur Sérieux a attiré notre attention sur ce signe qui est habituellement d'un fâcheux pronostic et il nous a été permis de constater chez plusieurs mélancoliques atteints de ce symptôme l'évolution vers la démence précoce.

OBSERVATION I. — Mademoiselle K..., 27 ans, (Service du Docteur Sérieux). — Déjà internée en 1916 et en 1921, pour excitation maniaque, rentre le 15 avril 1922 à la suite d'une tentative de suicide au service des femmes de Saint-Anne. Nettement déprimée, et apathique, elle se dit dégoûtée de la vie, mais il est difficile de l'interroger longuement, car elle refuse de répondre, tourne le dos, en prononçant à voix basse des paroles malveillantes. Elle ne tarde pas d'ailleurs à présenter le type parfait de l'ébéphrénique. Elle est actuellement affaiblie.

OBSERVATION II. — Mademoiselle G..., 25 ans (Service du Docteur Sérieux). — Rentre à Sainte-Anne, le 20 juin 1922, pour délire mélancolique avec mutisme et refus d'aliments. Pleurs fréquentes. Elle aurait eu, il y a 5 ans, une désillusion

sentimentale, son fiancé ayant été tué à la guerre et depuis, elle serait toujours triste. Ce sont, tout au moins, là les renseignements de la famille. Car on ne peut lui arracher une parole. Son mutisme est fait de malveillance manifeste. Elle vous repousse brutalement de la main quand on s'approche de son lit, cache sa tête sous les draps en murmurant des grossièretés. Elle reste ainsi pendant plusieurs mois, simplement déprimée et douloureuse, puis la discordance s'accroît, elle a de fréquents éclats de rire, des idées de persécution, se dit Jeanne d'Arc et sombre bientôt dans la démence précoce typique. Sa malveillance à l'égard du médecin, continue à se manifester.

A plus forte raison, doit-on craindre une évolution fâcheuse lorsque l'on constate de nombreux signes de discordance :

OBSERVATION III. — Mme L.-M., 34 ans (Service du Docteur Capgras). — Entre le 30 juillet 1919 à Maison-Blanche, pour « dépression mélancolique avec idées mystiques et agitation anxieuse ». Elle a la poitrine serrée, elle a un chagrin immense de ne pas être avec ses enfants. La vie est finie pour elle il va lui arriver toute sorte de malheurs. Elle s'accuse d'avoir insulté la Vierge. Elle est damnée. Cet état dure quelques mois, puis elle s'accuse un jour d'avoir tué ses enfants et éclate de rire, déclare, que son mari est empereur (idée transitoire). Elle devient oisive, indifférente. Les idées de culpabilité et de damnation persistent mais l'anxiété diminue, l'apathie et l'indifférence augmentent. Enfin apparaissent deux symptômes nouveaux et essentiellement discordants : l'Erotisme et l'Obscénité. Puis elle devient hostile, sujette à des impulsions violentes. Reste toujours alitée, refusant une chemise et gardant de ses idées d'indignité cette phrase stéréotypée : « qu'on fasse de moi des boudins et des

saucisses. » Elle évolue nettement vers la démente paranoïde. Notons comme signes de discordance chez cette mélancolique, l'*Erotisme*, l'*Obscénité* et ici encore l'*Hostilité*, tous trois de fâcheuse augure.

Il nous reste à parler de la valeur pronostique d'un symptôme qui apparaît au cours de la mélancolie : l'hallucination et spécialement l'hallucination psycho-motrice. Séglas a consacré des travaux spéciaux aux hallucinations dans la mélancolie.

« Considérons d'abord, écrit-il, les hallucinations sensorielles; ce sont à peu près les seules qui aient fixé dans ce cas l'attention des auteurs. En procédant comme je vous l'ai indiqué, on s'aperçoit alors que si elles peuvent exister dans la mélancolie délirante, elles sont bien loin d'y être fréquentes et se présentent dans des conditions particulières. Souvent elles font totalement défaut; d'autres fois elles se montrent isolées ou d'une façon transitoire. Il est également indispensable de considérer l'époque de la maladie à laquelle elles apparaissent. On ne les trouve en effet le plus souvent, qu'au bout d'un certain temps, lorsqu'elles existent, elles appartiennent à cette catégorie, établie par Baillarger, des hallucinations qui reproduisent les préoccupations actuelles des malades ; encore sont-elles bien souvent peu précises... L'étude des hallucinations psycho-sensorielles chez les mélancoliques, conduirait peut-être à rejeter du groupe des mélancolies pures celles qui sont accompagnées d'hallucinations et c'est ainsi que l'on tend aujourd'hui à distinguer la stupeur hallucinatoire de la stupeur proprement dite. »

Ainsi, pour Séglas, les hallucinations sont excessivement rares dans la mélancolie et leur apparition indiquerait une transformation totale du syndrome ou une erreur de diagnostic, surtout si ces troubles sensoriels devenaient nombreux et constants. Nous avons déjà signalé la gravité des halluci-

nations visuelles apparaissant au cours du délire des négations et annonçant habituellement la chronicité.

Il n'en est plus de même des hallucinations psycho-motrices : « Elles existent, dit Ségla, chez les mélancoliques ; elles semblent être chez eux très fréquentes et constituer un des caractères importants de leur état mental. Elles peuvent être prises à un examen superficiel pour des hallucinations verbales auditives et peut-être celles-ci seraient-elles considérées comme plus rares si avant de les admettre on éliminait la possibilité des voix intérieures, des illusions et des interprétations délirantes... On s'explique aisément la présence de ces hallucinations verbales motrices, véritables phénomènes d'automatisme psychologique dans une maladie comme la mélancolie où l'on trouve aussi accentués des désordres du côté moteur de la vie psychique. »

Aussi du fait de leur fréquence, paraît-il y attacher peu de gravité. Elles dénotent cependant un dédoublement manifeste de la personnalité, un automatisme mental indispensable et toutes ses observations, fort nombreuses, ont trait à des femmes ayant dépassé la cinquantaine, c'est-à-dire à des mélancolies préséniles. Il signale de nombreux cas de guérison. Nous croyons cependant que l'apparition précoce de ces hallucinations psycho-motrices chez de jeunes mélancoliques assombrit le pronostic. Nous n'avons pu personnellement suivre assez longuement deux malades présentant ce symptôme, toutes les deux jeunes : la première déjà citée par nous à propos de la mélancolie chronique délirante (Mlle S...) évolue rapidement vers la démence paranoïde, la deuxième présente actuellement des idées de persécution et se dirige vers la chronicité, elle est d'ailleurs malade depuis cinq ans déjà.

Notons toutefois que de toutes les hallucinations apparaissant au cours de la mélancolie vraie, les hallucinations psycho-motrices sont les moins graves.

II. — Troubles de l'activité dans la mélancolie Leur valeur pronostique.

Nous n'avons pas ici à étudier l'aboulie, l'inhibition motrices symptômes constants de la mélancolie. Nous voulons étudier la gravité de quelques troubles de l'activité que l'on trouve quelquefois dans ce syndrome. Nous en avons retenu quatre qui nous ont paru spécialement importants : la catatonie, le négativisme, le maniérisme, les raptus et impulsions.

La Catatonie. — Séglas et Chaslin, dans leur article sur la catatonie ont parlé de mélancolies cataleptiques : « Ces troubles moteurs, disent-ils, sont encore accentués dans la mélancolie et surtout dans la stupeur... Ils peuvent accompagner les états de mélancolie symptomatique : on les rencontre par exemple dans les périodes de dépression de la folie circulaire (Ritti)... présentant sous forme de secousses, crampes, convulsions.

Dans les autres formes de mélancolie, qui ne présentent pas l'état de dépression mais des symptômes d'anxiété simple, on rencontre aussi des phénomènes de même espèce, bien différents d'ailleurs, des tremblements si fréquents de la mélancolie anxieuse ».

OBSERVATION I. — (Recueillie par Séglas). — Mme C..., 34 ans, est en proie depuis 15 jours à un accès de mélancolie anxieuse qui serait le quatrième. Nous n'avons aucun renseignement sur les antécédents. Anxiété très grande, terreurs panophobiques; hallucinations nombreuses de la vue et de

l'ouïe. Idées de culpabilité; elle doit s'empoisonner, elle a peur pour les siens; gémissements continuels; elle ne reste pas en place et se promène continuellement comme une femme ivre, les bras ballants, toujours prête à tomber... Secousses dans le bras droit, imprimant au membre un mouvement à peu près rythmé, qu'on pourrait comparer à celui de la chorée malléatoire; nous n'avons constaté chez elle aucun stigmatisme hystérique.

30 septembre. — Elle n'est plus anxieuse, mais déprimée, conserve cependant ses idées mélancoliques. Plus de mouvements du bras.

20 octobre. — Redevient anxieuse; répète continuellement: « mes pauvres enfants, mes pauvres enfants. » Marche à reculons; mouvements saccadés du bras droit.

Novembre. — Mme C... se dit criminelle, on va la guillotiner, la faire bouillir. Très anxieuse, cris, gémissements; continuellement en mouvement, elle a la démarche chancelante d'une personne ivre. Mêmes mouvements saccadés du bras droit, presque continuels.

Sortie guérie au bout de quelques semaines.

Séglas ajoute: « Pris isolément, ces phénomènes catatoniques n'ont rien de caractéristique, car ils se rencontrent dans une multitude d'affections vésaniques. La catatonie doit être surtout rattachée à la stupeur, simple ou symptomatique, dont elle ne serait qu'une variété en rapport plus étroit avec un terrain dégénératif et plus particulièrement hystérique. »

Dans la plupart des cas examinés, nous avons observé la présence de ce terrain dégénératif qui aggravait toujours le syndrome.

OBSERVATION II. — Mme D..., 46 ans (Service du Docteur Capgras). — Grande déséquilibrée; prix de versification à

l'âge de 12 ans, extravagances multiples durant son existence, pratiques de spiritisme, persécutrice amoureuse d'un médecin, intelligence supérieure. Est prise en 1921 d'un accès mélancolique avec idées d'indignité, d'auto-accusation, avec impulsions continues à l'automutilation. Elle rentre bientôt dans un état cataleptique; il est difficile de la faire bouger dans son lit, tous ses muscles sont contractés, elle n'est pas dans la stupeur, car son regard est vif et elle répond habituellement aux questions qu'on lui pose. Lorsqu'on lui demande de tendre la main, son corps est secoué de tremblements généralisés, sa nuque est spécialement immobilisée en une raideur si accentuée qu'on pourrait penser à une réaction méningée.

Cet état se continue pendant plusieurs mois, entrecoupé de quelques remissions très courtes. Sur la demande du mari, on accorde une première sortie d'essai, qui ne réussit pas. Elle revient à l'asile présentant le même état. Sortie définitivement il y a quelques mois, sans être améliorée; le mari nous écrit que Mme D... est toujours dans le même état. Il y a tout lieu de craindre la chronicité.

OBSERVATION III. — Mme T..., 42 ans (Service du Docteur Capgras). — Premier accès de mélancolie anxieuse en 1917. Deuxième accès en 1918. On note le 8 novembre 1920 : attitudes catatoniques, moue des lèvres, coiffure stéréotypée, mutisme, inabordable. Le 31 décembre 1920 : Impulsions à plusieurs reprises. Se jette brusquement sur d'autres malades et les frappe. Le 28 avril 1921 : Mêmes attitudes catatoniques : reste des heures assise, le tronc fléchi profondément, la tête touchant les genoux, les cheveux rejetés en avant et pendants au sol. Ou bien couchée en chien de fusil sur le parquet. Ne tient aucune conversation. Dit des grossièretés, garde les at-

titudes qu'on lui donne pendant quelques minutes : raideur et flexibilité cireuse des membres. Le fonds mélancolique persiste évident, mais le fonds mental se désagrège, la malade n'a plus aucun soin de propreté, elle paraît évoluer rapidement vers la démence paranoïde.

OBSERVATION IV. — Mme L..., 57 ans (Service du Docteur Capgras). — Déjà internée dans sa jeunesse pour dépression mélancolique. Elle rentre à Maison-Blanche en 1921 pour excitation maniaque, mais bientôt cette excitation fait place à une dépression profonde. Mme L... présente alors des idées d'auto-accusation, de mysticisme et surtout reste des heures en attitudes catatoniques. La psychose se transforme bientôt en folie à double forme. A chaque période de dépression, Mme L... reprend ses attitudes catatoniques. Depuis quelques mois elle se présente sous l'aspect d'une hypomanie chronique qui paraît bien être définitive. Notons que toute sa vie, Mme L... a été une grande déséquilibrée.

Dans tous ces cas, l'apparition de la Catatonie, signalait la présence d'un terrain dégénératif surajouté et chaque fois l'évolution de la psychose a été défavorable. Là encore l'âge d'apparition de ces phénomènes catatoniques influe probablement sur le pronostic à porter.

Le Maniérisme. — A peut être quelque ressemblance avec la catatonie qu'il peut simuler. Ch. Reboul-Lachaus qui a consacré sa thèse au maniérisme écrit à propos de l'apparition de ce symptôme dans la mélancolie : « La mélancolie revêt fréquemment l'aspect clinique de mélancolie anxieuse avec excitation verbale et motrice : gémissements, soupirs, lamentations, poses théâtrales.

gestes d'imploration, etc... Par ailleurs, la littérature nous offre des exemples de suicides maniérés, mais sont-ils vraiment dus à des états mélancoliques purs ? *Ne relèvent-ils pas du caractère hystérique du sujet ou souvent d'une démence précoce...*

D'habitude la sincérité du malade ne fait pas de doute, on sait que ce qui donne l'apparence de recherche et de mise en scène est motivé par la douleur morale. Cliniquement, il est à remarquer qu'il s'agit surtout d'une impression d'ensemble (poses, attitudes, intonation), beaucoup plus que d'impression, d'affectation dans les détails des gestes et de la mimique. Chez les mélancoliques, le maniérisme, quand on le rencontre, serait surtout un maniérisme d'attitudes, d'intonation et non point une impression d'affection résultant de l'étude analytique et détaillée des diverses manifestations motrices ».

En fait, *le maniérisme vrai est très rare dans la mélancolie*. Nous avons pu en recueillir deux cas typiques. Tous les deux évoluent vers la démence précoce. Ce qui prouve *la gravité de l'apparition du maniérisme dans ce syndrome*. Mme D..., que nous avons cité à propos de la mélancolie cataleptique, présentait à son entrée un certain degré de *maniérisme, en rapport possible avec sa dégénérescence mentale*, elle évolue elle aussi vers la chronicité.

OBSERVATION I. — Mlle R..., 36 ans (Service du Docteur Capgras). — A manifesté durant toute sa vie un déséquilibre mental manifeste. Quoique titulaire du brevet supérieur, elle est incapable de se livrer à une occupation suivie et ne trou-

ve rien de mieux que d'exercer celle de basse prostituée. Réduite bientôt à la misère, elle présente une crise d'agitation anxieuse qui motive son internement à Maison-Blanche (fév. 1920), elle ne tarde pas à s'améliorer et pendant trois mois reste calme. Fin mai 1920, elle redevient anxieuse, manifeste des idées de culpabilité, des craintes imaginaires et refuse de s'alimenter; cet accès traîne en longueur et fait place en septembre à un accès maniaque qui dure deux mois, puis la dépression réapparaît identique aux accès précédents, mais en même temps apparaissent alors des symptômes nouveaux : désordre de la tenue et du langage, maniérisme, stéréotypies, mobilité de l'humeur, discordance fréquente et consciente entre la mimique et les paroles.

Le maniérisme et les stéréotypies sont de prime abord les phénomènes les plus apparents. Le costume est à ce point de vue caractéristique : pieds nus, chemise en écharpe, l'épaule gauche restant toujours découverte, robe jetée comme un sac sans utilisation des manches, bas suspendus à la fente de la robe. Dans la conversation, le maniérisme se manifeste aussi bien par la mimique que par la parole. La regarde-t-on et surtout l'interroge-t-on, elle paraît gênée, fait des contorsions; plisse le front, ouvre démesurément les paupières, puis les ferme à demi, avance et recule, met la main devant sa bouche et dit : « Je vous demande pardon, je vous abîme, je sens mauvais. » D'une politesse outrée, elle s'interrompt maintes fois pour répéter : « Excusez-moi, je suis confuse. » Elle s'étonne qu'on s'intéresse à elle, elle s'en juge indigne et sourit en minaudant.

Elle présente actuellement quelques idées de négation assez atypiques : « J'ai dû me rabougir, me ratatiner. On est en train de m'arracher le nez et la tête. On me fait très large de bassin. Ma tête m'a été otée. On m'a totalement vidée. »

Ce délire de négation ne s'accompagne actuellement d'aucun

ne anxiété, elle se contente de dire avec une légère tristesse, un air simplement navré: « C'est ennuyeux d'être devenu comme ça. » Depuis quelques mois son affectivité est profondément troublée. Elle se désintéresse totalement du milieu où elle vit et de son avenir. Elle est malpropre, elle ne fait ni son lit ni sa toilette. Les sentiments familiaux sont éteints. Toute sa journée se passe dans une entière oisiveté, avec des alternatives de silence, de soliloque et de gesticulation. L'acheminement vers l'affaiblissement intellectuel est manifeste.

OBSERVATION II. — Mlle G. de B. de C., 33 ans (Service du Docteur Capgras). — Grande dégénérée. Elle se fit remarquer dès sa jeunesse par une mythomanie et un érotisme précoce. Elle fait des fugues, eut des relations amoureuses avec un valet de chambre de sa famille, part avec un amant, puis rentre un beau jour dans une communauté religieuse, enfin on la retrouve peu de temps avant son premier internement, secrétaire du directeur d'un grand quotidien parisien.

Premier internement, octobre 1919. Certificat du docteur Logre : « Agitation anxieuse. Dépression psychique, idées d'auto-accusation. Gémissements. Soupirs. Supplications. Terreurs. Interprétations anxieuses... Choc émotif psychosexuel (abandonnée par son amant) ; trouvée errante, égarée et incohérente, dans la cour de la gare d'Austerlitz. » L'examen physique révèle une légère hypertrophie du corps thyroïde. Elle affirme ne pas commettre d'excès de boisson. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. Elle guérit rapidement et sort de l'Asile.

Deuxième internement, janvier 1920: « Anxiété, craintes imaginaires, désorientation complète, déclamation ininterrompue de prières. » Elle guérit et sort au bout de trois semaines.

Troisième internement: avril 1920. Même présentation ; même durée.

Quatrième internement: avril 1920. Elle arrive en pleine anxiété, elle a d'ailleurs demandé elle-même son internement, cet état s'améliore en quelques jours; puis au cours de la première quinzaine, elle a deux nouveaux accès de trois jours de durée chacun à huit jours d'intervalle, accès caractérisés, cette fois, par des alternances rapides d'excitation et de dépression. La dépression s'accompagne presque toujours de mutisme et de négativisme sans humeur mélancolique très nette. Elle apparaît surtout maniérée. L'expression de sa physionomie varie souvent, mais manque de mobilité, tantôt dédaigneuse et hautaine, tantôt aimable et humble, elle persévère trop longtemps dans la même attitude, s'immobilisant par exemple, le poing tendu, dans un geste de menace, que dément sa physionomie, puis brusquement éclatant d'un rire sardonique.

Le 1er décembre 1920, elle eut toute la journée une crise de sénilisme : le visage plissé, la mâchoire inférieure proéminente, la tête tremblante, le dos courbé, les genoux fléchis, elle marchait à petits pas, chevrotant des mots incompréhensibles. Dans son langage, le maniérisme, l'incohérence, la verbigeration l'emportent de beaucoup sur la loquacité. Elle parle lentement, tantôt sur un ton déclamatoire ou d'une voix rauque, tantôt d'une voix douce ou même en chuchotant. Les intervalles de calme et de lucidité deviennent de moins en moins fréquents et de plus en plus courts. Elle est malpropre apathique et malgré la conservation relative de son affectivité, on la considère aujourd'hui comme une démente précoce.

Le Négativisme. — Si fréquent dans la mélancolie, a plusieurs origines. Il peut être plus apparent que réel.

Séglas, dans son article sur le mutisme mélancolique montre que dans la majorité des cas, il est dû, soit à des amnésies verbales transitoires, soit à la perte de la signification des mots, soit à l'affaiblissement du pouvoir de synthèse, soit enfin à la présence d'hallucinations verbales psycho-motrices. Il sera donc toujours d'une importance capitale de rechercher la présence de ces éléments étiologiques si fréquents avant d'affirmer le négativisme véritable, l'on constatera alors la rareté de ce dernier.

Souvent aussi le négativisme du geste, le négativisme moteur en général, loin d'être dû à une opposition volontaire est au contraire dû à l'affaiblissement même de cette volonté. Le mélancolique est avant tout un aboulique, un asthénique, un grand fatigué qui n'a plus la force de répondre aux sollicitations extérieures.

Le seul négativisme mélancolique est dû souvent encore à l'idée délirante et spécialement à des idées d'indignité et à des idées de suicide, telle est notamment l'origine habituelle du symptôme si fréquent : le refus de nourriture. Il peut traduire enfin la réaction, pour ainsi dire logique d'un délire de négation. Dans tous ces cas, un examen clinique approfondi permet de déceler *la cause de cette folie d'opposition, c'est elle qui dictera la gravité du symptôme.*

Il n'en est plus de même lorsque ce négativisme apparaît sans raison, lorsqu'il devient le pur produit d'un automatisme mental, lorsqu'il persiste et se systématise. Alors le pronostic s'assombrit. Nous allons citer quelques observations concluantes.

OBSERVATION I. — Mme C., 64 ans (Service du Docteur Capgras). — Premier accès il y a 20 ans, à 44 ans, internée pendant 8 mois à Vaucluse, pour dépression.

Rentre à Maison-IBanche en juin 1922 pour mélancolie anxieuse : agitation, cris particuliers et incompréhensibles. Négativisme généralisé sans origine apparente. Ne répond à aucune question, se contente de répondre : « Non, non, voyons, rien, rien », refuse la nourriture, refuse de s'habiller. L'anxiété persiste. L'affaiblissement intellectuel se manifeste. Elle est transférée en Italie après 6 mois de séjour, dans un état d'aggration évident.

OBSERVATION II. — Mme L., 45 ans (Service du Docteur Capgras). — Grande déséquilibrée. (Voir Observation I : Anxiété chronique). Reste nue dans sa cellule, refusant tout vêtement, résistant à tout, ne répondant à aucune question. Chronicité.

OBSERVATION III. — Mme C., 57 ans (Service du Docteur Capgras). — Mélancolie présénile. Idée de culpabilité. Craintes imaginaires. Anxiété continue. Négativisme systématique.

Affaiblissement intellectuel, avec apparition d'automatisme mental. Stéréotypies. Idées très confuses de persécution. décédée démente en mars 1923.

Les Rapt et impulsions n'ont une valeur pronostique que par leur grande fréquence et représentent un signe habituellement fâcheux : annonçant la chronicité ou la démence. Nous l'avons contrôlé par plusieurs observations, nous en citerons deux.

OBSERVATION I. — Mlle H., 32 ans. (Service du Docteur Capgras). — Internée depuis plusieurs années pour anxiété mélancolique, a présenté pendant plusieurs mois des impulsions au suicide, son corps est couvert de plaies. Elle se blesse subitement, sans état obsédant préalable et sans raison, souvent pendant une période de calme complet. Elle est devenue actuellement discordante, l'anxiété toute épisodique a fortement diminué d'intensité. Elle présente le type habituel de la démence précoce.

OBSERVATION II. — Mme T., 42 ans (Service du Docteur Capgras). — Premier accès de mélancolie anxieuse en 1917.

Deuxième accès en 1918, pour agitation anxieuse. Présente depuis 1920 des impulsions. Elle se jette brusquement sur d'autres malades et les frappe. Interrogée, semble ne pas comprendre. Ces impulsions se renouvellent depuis à tout instant. Leur apparition a coïncidé avec celles d'attitudes catatoniques et de désagrégation mentale.

Les Stéréotypies. Le Collectionnisme. — Dans sa thèse sur les Stéréotypies, Xavier Abély, signale la présence de stéréotypie dans la mélancolie. Partant d'abord de la mélancolie intermittente, il écrit : « Sous le nom de *signal-symptôme*, on décrit certains signes avertisseurs de la crise dont la similitude permet d'annoncer à coup sûr l'éclosion d'un accès nouveau. Tel malade siffle un air toujours identique. Magnan cite le cas d'un malade qui se faisait raser la barbe avant chaque crise. Une autre se revêtait toujours du même peignoir.

Ce *signal-symptôme* n'a que la valeur d'un signe pro-

dromique d'accès : c'est en quelque sorte la signature avant la lettre d'une folie périodique.

L'anxiété mélancolique, continue Xavier Abély, malgré l'intensité de son agitation, donne elle-même naissance à des stéréotypies. Quel plus bel exemple que celui des gémissieurs, répétant à satiété les mêmes propos. Il n'est pas rare, en outre, de voir les anxieux, surtout dans la mélancolie pré-sénile émettre parfois au cours de leurs lamentations, des cris, des mots ou des phrases stéréotypées. Une de nos malades, grande anxieuse, âgée de 60 ans : morte des suites d'une tentative de suicide, intercalait dans ses plaintes cette exclamation : « Badou, Badou ! ». Exclamation en somme comparable, abstraction faite du néologisme incompréhensible, à ces invocations, « Mon Dieu, mon Dieu » que répètent si souvent certaines gens dans leur tristesse ».

Ces stéréotypies sont fréquentes dans la mélancolie chronique, une de nos malades à l'habitude de se cacher dans l'escalier, elle ne peut pas en donner la raison. Un vieux mélancolique du pensionnat de Ville-Evrard veut absolument coucher sous son lit. *Ces stéréotypies sont inconscientes et involontaires, elles indiquent toujours un certain degré d'affaiblissement intellectuel*, on les trouve chez presque tous les vieux mélancoliques. *Il n'en est pas de même des stéréotypies conscientes et volontaires*. Elles représentent dans ce cas habituellement un processus de défense, une réaction spéciale contre une idée délirante qu'il sra utile de rechercher et qui dictera le pronostic. Nous allons en citer une observation.

Mme G..., 45 ans (Service du Docteur Capgras). — Internée depuis 1919 pour dépression mélancolique avec préoccupations hypochondriaques, motivées par des métrorrhagies graves de la ménopause. Présente depuis deux ans des bouffées anxieuses, qui s'accompagnent de grimaces stéréotypées spéciales. La malade se tord la bouche, la respiration devient soufflante et haletante, l'œil gauche se ferme hermétiquement, ces tics grimaçants s'accompagnent de gémissements. « Je vais mourir, m'en aller, je suis perdue. » Ils sont intimement liés à l'anxiété.

Mme G... ne présente pas le moindre affaiblissement intellectuel. Il sera malheureusement impossible de suivre l'évolution de cet accès mélancolique. La malade venant de mourir récemment de tuberculose pulmonaire.

Le collectionnisme enfin se trouve chez les mélancoliques ; nous en avons observé de nombreux cas, il est la signature de la chronicité. (Voir Thèse Codet, Paris 1922).

III. — Troubles de l'affectivité dans la mélancolie. Leur valeur pronostique.

Nous ne nous occuperons pas ici de la douleur morale qui est la base même du syndrome. Pour les troubles affectifs spéciaux à la mélancolie périodique nous les avons étudiés dans un chapitre auquel nous renvoyons le lecteur.

Nous examinerons seulement la valeur pronostique de la *stupeur* et de l'*anxiété*.

La Stupeur. — Dans son article sur la catatonie, Séglas et Chaslin se demandent si la stupeur est aussi fréquente qu'on l'a dit, dans la mélancolie.

« Tout le monde admet bien la possibilité de la stupeur dans toutes les formes mentales ; mais ceux-ci s'en tiennent là, ceux-là décrivent une forme spéciale de stupeur. Parmi ces derniers, les uns la considèrent comme une maladie distincte, les autres plus nombreux, la rattachent à la mélancolie. Mais parce que dans ce dernier cas, la maladie a pu suivre la marche indiquée par Kahlbaum, c'est-à-dire par une état d'exaltation mentale antérieur (anxiété ou manie), faut-il en conclure qu'elle n'est qu'une phase de la maladie considérée dans son ensemble ».

En fait, la stupeur n'est qu'un symptôme au cours de nombreuses maladies mentales, elle peut être confusionnelle apparaître au cours de l'exaspération d'un délire quelconque, elle peut être symptomatique d'une démence au début. Elle ne constitue pas une variété spéciale de la mélancolie elle n'y représente qu'un signe pathologique surajouté et souvent transitoire. Elle ne semble pas porter un supplément d'aggravation dans l'évolution. Traduisant souvent une anxiété à son paroxysme, elle a le même pronostic que celle-ci. Elle apparaît à tout âge et guérit souvent. Nous en avons observé plusieurs cas, nous en citerons une observation.

Mme P..., 48 ans (Service du Docteur Sérieux). — Rentre à Sainte-Anne le 17 janvier 1923, pour dépression mélancolique à la suite de perte d'argent. C'est le premier accès. Le début a été brusque, elle n'a pas d'hérédité psychopathologique. Grande anxiété, dit qu'elle est damnée, qu'elle va mourir, panopobie. Prières incessantes. S'accuse de crimes imaginai-

res. Elle reste ainsi pendant un mois environ et tombe du jour au lendemain dans la stupeur complète : Immobilité absolue, refus d'aliments, mutisme complet. On l'alimente tous les jours à la sonde, et elle se laisse faire passivement. Cet état dure 5 mois. Puis elle se réveille doucement et un beau matin se dresse sur son lit en réclamant à manger. Toutes ses idées mélancoliques ont disparu. Elle se rappelle tout ce qui s'est passé pendant ses cinq mois de stupeur, reconnaît les différents internes qui l'ont alimentée, les remercie et dit : « J'étais abrutie par toutes les idées que j'avais dans la tête ». Elle vient de sortir complètement guérie.

Le pronostic de la stupeur est surtout aggravé par le terrain dégénératif sur lequel elle évolue. Rappelons à ce sujet l'Observation de Mme D... (Obs. II, chapitre : Catatonie), atteinte de stupeur mélancolique à allure chronique, évoluant chez une grande déséquilibrée constitutionnelle.

L'Anxiété. — C'est la forme la plus commune de la mélancolie, mais elle est aussi infiniment variable dans ses manifestations et dans ses origines. Le Docteur Charles Chastenet l'a spécialement étudiée dans sa thèse inaugurale (Bordeaux 1890).

« Il n'y a pas, écrit-il, une mélancolie anxieuse, il y a des mélancolies anxieuses, qu'il importe d'étudier séparément ». Il les divise en trois groupes principaux : les mélancolies anxieuses simples, les mélancolies des gémisseurs panophobes, les hypochondries anxieuses. Cette division correspond un peu à celle que nous avons proposée dans notre chapitre à propos de l'anxiété. Nous y avons signalé : 1° *les anxiétés appartenant à la folie périodique, en comportant tout le pronostic* ; 2° *Les anxié-*

tés récidivantes psychogènes évoluant sur un terrain dégénératif spécial et dépendant essentiellement de ce terrain ; 3° *Enfin les anxiétés involutives*, organiques ou plus exactement cœnesthopatiques qui comprennent tous les hypochondriques et les négateurs, dont l'évolution a été étudiée à propos du délire mélancolique et qui fournissent un gros contingent à la mélancolie chronique.

Dans tous ces cas et plus spécialement dans les derniers, on peut constater la présence de symptômes spéciaux qui paraissent graves au point de vue évolutif.

a) Les anxieux gémissieurs.

b) Les anxieux déclamatoires.

OBSERVATION I. — Mme M..., 53 ans. (Service du Docteur Capgras). — Mélancolie anxieuse avec idées hypochondriques, de transformation corporelle. Idées de négation. « Mon cœur n'est plus à sa place ; elle n'a plus d'estomac ; je me suis blessée à la matrice, etc. »

Son délire est peu étendu, son anxiété moyenne, elle parle peu, mais ne cesse pas de gémir, de pleurer, se roulant dans son lit, pleurnichant, jettant par intervalles des cris plus aigus. La nuit, lorsqu'elle se réveille, elle se remet immédiatement à gémir, c'est la seule réponse qu'on obtient lorsqu'on lui adresse la parole. Elle n'a pas changé depuis 3 ans. Un essai de sortie a échoué, *elle évolue actuellement vers la chronicité avec appoint démentiel.*

OBSERVATION II. — Mme V..., 57 ans (Service du Docteur Sérieux). — Mélancolie présénile, avec idées de culpabilité.

crainces imaginaires. Anxiété. Délire d'attente. Se contente de gémir toute la journée, de s'agiter en poussant des cris perçants, en se mettant à genoux, ne profère pas une parole. A un examen approfondi de son fonds mental, on constate un affaiblissement intellectuel manifeste.

OBSERVATION d'anxieux déclamatoire :

Mme C..., 57 ans (Service du Docteur Capgras). — Deuxième accès de mélancolie présénile. Craintes imaginaires. Anxiété. Dressée sur son lit, ne cesse pas de déclamer son délire, gesticulant, criant : « Je n'ai rien fait, je veux m'en aller. » Proteste sans interruption en poussant des cris perçants, qu'elle est innocente, qu'on lui a changé son mari. Cet état dure depuis plus d'un an. Actuellement : apparition d'automatisme, de stéréotypies diverses, de négativisme et d'idées de persécution. *Affaiblissement intellectuel*. (Mort par maladie intercurrente).

IV. — Conscience de l'état morbide dans la mélancolie. Sa valeur pronostique.

Pendant l'accès, le mélancolique a d'habitude une conscience parfaite de son état, voire souvent exagérée. Logre, dans son rapport du Congrès du Luxembourg écrit à ce sujet : « La mélancolie est trop douloureuse pour que le malade, s'il reste lucide, n'ait pas quelque conscience de son état morbide (mélancolie avec conscience) ; mais cette conscience, moins critique et légitime qu'elle n'en a l'air, consiste non dans la conviction, en somme rassurante, d'être triste et inquiet à l'excès, mais dans la crainte et la désolation d'avoir une maladie nerveuse, grave,

incurable, chronique ou mortelle (hypochondrie morale). Au seuil du délire, le pessimisme mélancolique échappe, d'ailleurs, presque entièrement, sauf chez quelques sujets moins touchés ou très intelligents, à la psychothérapie. Quant au délire confirmé, aussi absolu dans sa croyance que pauvre dans son expression, il représente l'adhésion forcée de l'intelligence à un état sentimental tout puissant qui l'inhibe : a conscience raisonnable est dominée, selon le mot heureux de Binet et Simon, par la douleur morale ».

En somme, *la conscience, au cours de l'accès est présente mais déformé* par le syndrome, elle est, *pourrait-on dire « exagérée »*. Il n'en est pas de même dans les *intermittences*, où nous avons déjà signalé les troubles du jugement. *Le vrai mélancolique périodique, oublie complètement son accès*, les souffrances qu'il a subies. Si on l'interroge, il affirme que ce n'était rien, qu'il est complètement guéri, et cela même après de nombreux accès. *C'est la signature de la folie périodique*, nous l'avons indiqué à propos des symptômes acquis.

Dans les mélancolies dites « psychogènes », le souvenir de l'accès reste intact pendant l'intermittence, il crée même une obsession spéciale, celle de la rechute prochaine, laquelle à son tour peut arriver en s'exaspérant à créer un nouvel état anxieux. C'est en somme un véritable cercle vicieux et *cette conscience obsédante au cours des intervalles est la cause et l'annonce de récidives prochaines*.

Nous illustrons ce chapitre d'une observation intéressante : Le poète romantique Emile Deschamps était atteint de mélancolie récidivante. Il a consacré à sa tris-

tesse habituelle et à sa crainte obsédante du prochain accès, quelques-uns de ses vers :

« Figurez-vous mordu par un chien enragé
Attendant à chaque heure, une crise effroyable
Et mon absurde état vous semblera croyable.
Et peut-être, ô mon Dieu, que tout cela n'est rien !
Mais ce qu'on croit est vrai ; ma pensée est le chien.
Comment fuir sa morsure ? Ah ! qu'importe les causes !
Le ravage est le même et je le sens trop bien.
Quand on a regardé dans certaines choses,
Monstrueuses horreurs, exécrables fléaux,
Infirmités, qu'il faut recouvrir de ténèbres,
De l'ordre universel exceptions funèbres,
Hélas ! que Dieu permet dans ses dessins très hauts,
Alors, je vous le dis, pour peu qu'on soit poète,
Un frêle conducteur du fluide nerveux,
De la plante des pieds jusqu'au bout des cheveux ;
Rien ne vous pourra plus arracher de la tête
Que vous serez, un jour, hors de l'humanité
Un de ces malheureux qu'on fuit et qu'on abhorre ;
Et si la raison vient et vous rassure encore,
Un seul mot le confond : la Possibilité
C'en est fini : l'œil faussé ne voit plus rien du reste,
Le cœur flétri soudain perd le duvet céleste
Le monstre vous harcèle, on lutte, il est trop tard.
C'est qu'il ne fallait pas porter là son regard,
Sur quelque mal hideux que, d'un cerveau débile,
S'attache imprudemment la pensée immobile,
On ne sortira plus de la morne stupeur ;
Oui l'on se croit marqué pour le mal qu'on redoute !
Ma déplorable histoire en ces trois mots est toute :
J'ai craint longtemps la chose et j'ai peur de ma peur.

Mais n'être plus bientôt qu'un affreux phénomène,
Efin, répudié de la nature humaine,
Rentré par la frayeur au néant absolu
Et des événements par la nature exclu
Voilà dans quel chaos, dans quel flux et reflux
De pensées délirantes, de luttas sans pareilles,
Je passe de mes nuits les orageuses veilles ;
Aussi mon cerveau craque, aussi je n'en puis plus.

Les malades nombreux, les nombreux affligés,
Dont l'atteinte n'est pas mortellement profonde,
Doivent tout faire, afin d'être un jour soulagés !
Sur tous les beaux secours que leur espoir se fonde !
Pour eux les tendres soins, les pleurs de la pitié,
La prière fervente, en grâce sans seconde,
Les sourires si doux de la douce amitié ;
Des consolations, source aimable et féconde,
Dans l'échelle des maux, il est tant de degrés,
Mais les pestiférés et les désespérés !
Il faut les retrancher, les sequestrer du monde,
Les calfeutrer au fond de quelque sombre lieu,
Où leur aspect sauvage et leur contact immonde
N'attristent pas le siècle... et les soleils de Dieu !
Or, je suis de ceux-là, j'ai la peste de l'âme... ! »

V. — Confusion mentale secondaire épisodique

Relativement fréquente au cours des accès mélancolique, elle paraît sans gravité. Nous l'avons observé chez plusieurs malades, soit dans le service du Dr Capgras, soit dans celui du Dr Sérieux, elle n'a jamais modifié l'évolution du syndrome vers la guérison.

VI. — Facteurs étiologiques de terminaison

a) *Le Sexe*. — Nous avons montré le nombre beaucoup plus considérable de mélancolies chez la femme que chez l'homme et également sa plus grande gravité. (Pour les statistiques nous renvoyons au premier paragraphe de notre travail). Cela s'explique par l'émotivité plus fré-

quente chez la femme et surtout par l'apparition de la ménopause qui fournit un énorme contingent à la mélancolie.

b) *L'Hérédité*. — Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'hérédité psychopathologique en général, joue un rôle énorme dans l'apparition de la mélancolie.

Dans les deux tiers des observations concernant ces malades, on constate qu'il existait des tares mentales chez les ascendants et quelquefois (assez rares d'ailleurs), une *hérédité similaire* dont l'influence se vérifie par l'apparition du syndrome mélancolique, chez plusieurs frères ou sœurs. *Il existe dans ces cas une véritable constitution mélancolique qui prédisposera aux rechutes et assombrit le pronostic.*

On trouve aussi parmi les antécédents des affections organiques graves : cardiopathies, tuberculose, rhumatisme, morts subites, cirrhoses alcooliques, qu'il est intéressant de rechercher chez le malade, car leur présence sera toujours un appoint défavorable : la mélancolie étant une maladie physique et morale.

c) *La Dégénérescence mentale*. — Nous avons signalé au cours de notre travail de nombreux cas où la dégénérescence mentale avait aggravé l'évolution de l'accès mélancolique, soit en prolongeant la durée de l'accès, soit en faisant apparaître des symptômes nouveaux et habituellement atypiques, tels que la catatonie, le négativisme, la discordance, le maniérisme. Nous avons enfin signalé qu'un état dégénératif spécial, la constitution émotive semblait donner naissance à des accès mélancoliques spéciaux que nous avons appelés « psychogènes ».

Dans tous les cas, la dégénérescence mentale est un facteur aggravateur.

(Voir diverses observations citées au cours de notre travail, l'existence d'un état dégénératif est toujours signalé).

d) *L'âge*. — Trois époques principales dans l'existence impriment une marche spéciale à la mélancolie. La *puberté* éminemment propice à l'éclosion des premiers accès mélancoliques ou émotifs, *accès quelques fois favorables*, dus à des troubles endocrinien passagers, qui ne récidiveront pas ou qui récidiveront très tard à la ménopause par exemple (voir chapitre : accès unique, récidence unique).

La sénilité s'accompagne souvent de lésions cérébrales, de sclérose encéphalétique, d'artério-sclérose qui aggravent la mélancolie en lui ajoutant un appoint organique qui appelle la démence.

L'Involution est sans contredit « le tournant dangereux » de la mélancolie. Non seulement elle l'a fait apparaître, mais lorsqu'elle existait auparavant elle *la transforme ou elle l'aggrave*. Voici deux observations concluantes :

OBSERVATION I. — Mme S..., 54 ans (Service du Docteur Capgras). — Déjà traitée, il y a 20 ans et 7 ans pour accès mélancoliques ayant duré quelques mois. Au moment de la ménopause transformation de cette psychose en folie à double forme devenue chronique.

OBSERVATION. — Mme L..., 57 ans (Service du Docteur Capgras). — 1^{er} accès de mélancolie dans sa jeunesse ; 2^e accès il

y a deux ans, pour dépression simple, transformation rapide de la psychose en folie à double forme, avec phénomènes catatoniques et chronicité.

Maladies Intercurrentes. — Avant de passer à l'étude spéciale de l'étiologie physique de la mélancolie et de l'importance de cette étiologie pour le pronostic ; nous tenons à signaler en passant l'influence souvent heureuse de l'apparition de maladies intercurrentes aiguës et spécialement des maladies à grande hyperthermie. De nombreuses observations ont été publiées à ce sujet, mais si elles ont montré d'une façon évidente l'action heureuse sur l'accès lui-même, elles n'ont jamais signalé celle « sur l'avenir mélancolique » du sujet. L'état infectieux paraît agir surtout d'une façon immédiate et passagère peut-être comme un abcès de fixation.

Les troubles Physiques dans la mélancolie **Leur influence sur l'évolution de la maladie**

L'étude des troubles physiques dans la mélancolie prend chaque jour plus d'importance. On en découvre à tout instant de nouveaux et leurs relations avec les symptômes mentaux apparaissent de plus en plus étroites. un très grand nombre de cas, l'évolution du syndrome mélancolique semble liée à celle des signes organiques. Aussi avons-nous cru utile de signaler ces derniers. On a constaté la présence assez fréquente dans la mélanco-

lie : du diabète, de lésions pancréatiques, de l'insuffisance hépathique (Targowla et Mlle Badonnel), de l'auto-intoxication renale (Hérisson-Lapare), de troubles gastro-intestinaux, souvent très importants (La maladie cérébro-gastrique de Lœwen). De nombreux auteurs ont montré le rôle important joué dans cette maladie mentale par le fonctionnement pathologique de certaines glandes endocrines, parmi lesquelles la thyroïde, l'ovaire, l'hypophyse, la surrénale ont été particulièrement étudiées (Laignel-Lavastine). Signalons, à ce sujet, comme symptôme habituellement favorable : celui de la réapparition des règles au cours de l'accès mélancolique.

Si tous ces symptômes organiques ont une importance incontestable au cours de la mélancolie, combien de personnes, cependant, malades de leur foie et de leur rein ne font pas d'accès mélancoliques. Il faut pour que ces poisons arrivent jusqu'au cerveau qu'ils trouvent le passage libre. *C'est le système neuro-végétatif qui joue le rôle de gardien de la cellule nerveuse.*

Le système Neuro-végétatif dans la mélancolie

Il importe de résumer les recherches toutes récentes concernant le système vago-sympathique et l'application des résultats obtenus à la psychiatrie. Elles datent de deux ans environ et furent faites à la Faculté dans le laboratoire de physiologie sous la direction du Professeur Richet et un peu plus tard à la Clinique des maladies mentales, sous la direction du Professeur Claude.

Déjà en novembre 1921, Garrelon et Santenoise exposent à la Société de Biologie, les modifications des variations leucocytaires du choc peptonique consécutives à des modifications de l'excitabilité du système nerveux organo-végétatif. Ce choc peptonique est spécialement étudié chez le lapin. Continuant leurs travaux, Santenoise étudie l'hémoclasie digestive chez l'homme, et expose dans sa thèse inaugurale les résultats suivants : *Le système nerveux organo-végétatif intervient dans les manifestations des chocs humoraux, en particulier dans celles du choc hémoclasique* : les variations de la formule leucocytaire semblent être en rapport avec des phénomènes vaso-moteurs.. En particulier la leucopénie et l'inversion de la formule leucocytaire s'expliquent par une vaso-contriction périphérique. A des modifications dans le tonus organo-végétatif correspondent des modifications parallèles de la réaction hémoclasique digestive. Une injection intra-veineuse de peptone ne provoque ni chute de la pression artérielle, ni modifications de la formule leucocytaire, chez un chien rendu hypovagotonique par une injection concomitante d'atropine. La pilocarpine au contraire, le rendant fortement vagotonique, accélère les manifestations du choc.

Ainsi donc, l'épreuve de l'hémoclasie digestive était un moyen d'examen de l'état du système neuro-végétatif. Saintenoise l'essaya en premier lieu chez les intermittents, il constate que : *Les paroxysmes maniaques et anxieux sont précédés d'un choc hémoclasique*. Les intermittents au cours des périodes intercalaires, sont en général hypovagotoniques. La fin de la période intercalaire est marquée par une augmentation croissante du tonus.

para-sympathique qui reste considérable au cours de l'accès.

Les crises d'agitation maniaque et anxieuse semblent en corrélation étroite avec des crises anaphylactiques larvées dont une condition de manifestation est un état particulier du tonus-organo végétatif.

En résumé, les intermittents sont des déséquilibrés constitutionnels du système organo végétatif. Les variations de ce système permettent d'expliquer chez eux l'apparition des accès, dont la production semble aussi en rapport avec un état anaphylactique antérieur. (Janvier 1922).

Quelques mois plus tard, dans un travail important publié dans le journal médical français, Tinel et Saintenoise montrent les réactions intimes qui unissent le choc anaphylactique au système organo-végétatif.

Enfin, nous lisons dans le compte-rendu des séances de l'Académie des Sciences mars 1923, une publication capitale faite par Garrelon et Santenoise : *Rapports entre la résistance de l'organisme aux poisons et la modification rapide du réflexe oculo-cardiaque* dont les conclusions sont les suivantes : l'organisme réagit à l'égard des toxines microbiennes, mais à côté de la production d'anticorps, il possède un système nerveux végétatif souple et actif, un remarquable moyen de défense. Les phases d'hypovagotonie fréquentes au cours des maladies infectieuses sont une des manifestations de la lutte de l'organisme contre les toxines microbiennes. Ainsi nous voyons se rapprocher par un ensemble d'analogies curieuses, les réactions de l'organisme à l'introduction d'un poison du système nerveux ou d'une substance provoquant un choc

anaphylactique: mêmes conditions de manifestation (vagotonie), mêmes réactions du système neuro-végétatif, mêmes procédés de défense (hypovagotomie). Ainsi pourraient peut-être s'expliquer la non spécificité de l'anaphylaxie et surtout de l'antinaphylaxie. De nouvelles expériences sont faites par Garrelon et Santenoise, par Claude, Tinel et Santenoise et entre temps, le professeur Claude et Santenoise précisent les moyens d'investigation du système vago-sympathique et mettent au point la technique des réflexes solaires et oculo-cardiaque, que nous exposerons plus loin. Nous lisons sur le Paris-Médical du 24 Mars 1923, les résultats suivants:

1° *Chez les sujets à réflexe aculo-cardiaque très marqué (hypervagotonie), on observe une suceptibilité très grande au poison d'autant plus forte que le réflexe est plus accentué (réceptivité augmentée).*

2° *Chez les sujets à réflexe occulo-cardiaque faible, seul ou inversé, on observe au contraire une résistance considérable de l'organisme à l'intoxication (résistivité augmentée).*

3° *La gravité des accidents semble plus fonction de l'état du tonus nevro-végétatif que de la dose du toxique injecté.*

L'importance du rôle joué par le système nerveux de la vie végétative dans la prédisposition des individus tant aux agents toxiques qu'aux choes anaphylactiques ou anaphylactoïdes, nous semble telle que nous nous demandons jusqu'à quel point certaines suceptibilités, certaines idiosyncrasies ne sont pas en rapport avec une véritable diathèse neuro-végétative.

Enfin, dans un récent travail publié dans la Presse Médicale d'Avril 1923, par Garrelon, Santenoise et Tinel. (Vago-Sympathique, Anaphylaxie et Intoxication), bourré d'expériences et de faits cliniques recueillis à la clinique des maladies mentales, nous lisons les conclusions suivantes :

1° Cette étude nous montre l'importance de l'équilibre vago-sympathique comme facteur de la sensibilité aux chocs anaphylactiques comme à *toutes les actions toxiques à électricité nerveuse*. *L'hypervagotonie apparaît comme la cause favorisante essentielle de toutes les réactions violentes, brutales, rapides; tandis que l'hypovagotonie ou la sympathicotomie sont au contraire la condition favorable aux réactions lentes, prolongées, atténuées ou même latentes.*

2° Elle nous apprend que par rapport à cette sensibilité neuro-végétative aucune différence essentielle ne peut être faite entre les actions anaphylactiques ou anaphylactoïdes et les intoxications banales du système nerveux. On peut donc, avec vraisemblance, considérer l'anaphylaxie suivant la conception de Charles Richet comme une véritable intoxication à électricité nerveuse.

3° Elle fournit une interprétation probablement assez approchée de nombreux faits observés en clinique; la sédation des états anxieux ou la disparition des crises épileptiques par la fièvre et pendant l'évolution de certaines maladies infectieuses; la guérison parfois signalée d'une crise mélancolique par une infection intercurrente ou même un violent choc émotif; les conditions d'apparition de crises paroxystiques telles que l'asthme, la migraine, l'urticaire; le cycle de certains érythèmes et peut-être

même les états successifs d'énergie et d'allergie provoqués par des états physiologiques ou pathologiques.

Il paraît probable enfin que c'est en partie tout au moins, par les variations semblables de l'équilibre vago-sympathique que s'exerce l'influence de nombreux facteurs indiscutables comme le froid, le coup de chaleur, le jeûne, la fatigue, l'âge, la menstruation, la grossesse et surtout peut-être les diverses actions endocrinienne.

Il ne s'agissait plus que d'appliquer ces méthodes d'investigation aux syndrômes mentaux. Depuis plus de deux ans, on l'expérimente à la Clinique de maladies mentales et d'une façon systématique chez les malades aigus.

En collaboration avec Santetoise, nous les avons spécialement appliquées chez les anxieux et avons exposé nos résultats à la Société médico-psychologique de mars 1923.

Nous allons, ici, pour plus de clarté, reproduire intégralement cet exposé :

Les recherches cliniques et physiologiques poursuivies avec le professeur Claude sur les moyens d'investigation du système neuro-végétatif, ont montré *l'importance considérable d'une technique précise* et d'une critique serrée dans toutes les études de cet ordre. Nombreux, en effet, sont les auteurs qui ne s'entourent pas des précautions nécessaires et signalent des résultats sujets à critique, par suite de l'emploi de procédés d'investigation insuffisamment étudiés.

Aussi insistons-nous encore sur les méthodes que nous employons, bien que ces techniques aient déjà fait l'objet de plusieurs communications.

Nous cherchons, chez presque tous nos malades, le ré-

flexe oculocardiaque et le réflexe solaire. *Ces deux réflexes doivent être recherchés chez des sujets à jeun depuis plusieurs heures.* Nous examinons en général nos malades, le matin vers 9 heures, après avoir pris soin de recommander qu'ils n'aient pris aucune alimentation depuis la veille au soir. Cette précaution est indispensable, sous peine d'obtenir des résultats inverses des résultats normaux, le tonus neuro-végétatif se modifie, en effet, sous l'influence du repas le plus léger, sans doute par suite de la production d'un choc.

Le réflexe occluso-cardiaque, dont le pneumogastrique constitue (lorsque ce réflexe est positif) l'arc moteur, semble être surtout un bon moyen d'examiner l'état du parasympathique. Le réflexe solaire, au contraire, apparaît comme un moyen d'investigation du système thoracolumbaire, c'est-à-dire du sympathique. (Voir thèse Jean Reboul-Lachaux. — Le Réflexe Solaire, Paris, Juin 1923).

Le réflexe oculo-cardiaque doit être recherché avec beaucoup de précautions. Plusieurs auteurs : Robinovitch et Barré ont imaginé des appareils oculo-compresseurs. *Nous préférons la compression digitale*, qui rend le malade plus confiant et permet d'arriver beaucoup plus facilement, grâce à un peu d'habitude, à une compression de choix : compression progressive, forte et prolongée au moins 30 secondes. Il ne faut *commencer à compter que 15 secondes environ* après le début de la compression. Ce n'est, en effet, dans la plupart des cas, qu'au bout de ce temps que se produit le ralentissement du rythme cardiaque. Il faut de plus compter pendant un quart de minute seulement, car la compression continuant, il arrive qu'au ralentissement, fait suite une accélération compen-

satrice qui fausserait le résultat et voilerait le vrai ralentissement.

La *méthode graphique*, méthode de choix, évite toutes ces causes d'erreurs, permet d'enregistrer d'une façon précise toutes les variations du rythme et permet dans la suite de comparer tous nos résultats. La recherche du réflexe solaire gagne aussi beaucoup de précision, si on emploie la méthode graphique. La compression de la région épigastrique doit être progressive, peu douloureuse et on doit recommander au malade de respirer normalement.

Nous pratiquons aussi *toute une série d'épreuves pharmacodynamiques*. Là encore, nous employons la méthode graphique pour suivre les variations du R. O. C. et du R. solaire, à la suite de l'injection sous-cutanée de tel ou tel agent pharmacodynamique. De plus, il nous est arrivé souvent de rechercher la réaction hémocalsique digestive.

Nous avons ainsi examiné les réactions vago-sympathiques de toute une série d'anxieux. Nos recherches ayant porté sur plus *d'une centaine* de malades. Nous ne donnerons ici qu'un aperçu rapide de nos résultats. Le parasymphathique nous a paru particulièrement excitable chez les anxieux appartenant à la psychose périodique. De même nous avons relevé de très forts réflexes oculocardiaques chez les épileptiques, soit avant les crises, soit au cours des paroxysmes, tandis que pendant les périodes intercalaires, les mêmes malades ont souvent un R. O. C. faible, nul ou inversé. Les hyperthyroïdiens présentent, en général, un R. O. C. très marqué ainsi que des réactions vives à la pilocarpine et à l'éserine.

Par contre, chez les autres anxieux, nous avons noté

un R. O. C. faible ou nul. Tels sont les délirants persécutés, les hypochondriaques anxieux, les cœnestopahes, les déments précoces, les syndrômes de Cotard et les mélancolies d'involution sans accès antérieur.

Enfin, chez tous les sujets présentant des signes de constitution anxieuse avec un état morbide d'émotivité constitutionnelle, nous avons observé l'inversion du R. O. C. Parallèlement, l'intensité du réflexe solaire relève chez ces malades, une hyperexcitabilité souvent considérable du système sympathique. C'est ce que nous avons observé dans les cas de mélancolie affective, de névrose, d'angoisse chez les obsédés.

Les anxieux présentent donc des réactions vago-sympathiques différentes suivant qu'ils appartiennent ou à la psychose périodique. Ainsi se confirment par des données biologiques, des différences déjà établies par les recherches psychologiques entre les anxieux émotionnellement constitutionnels et les mélancoliques intermittents (différence signalée à plusieurs reprises dans ce travail).

On peut tirer de ces données des conclusions utiles pour le diagnostic, le pronostic et le traitement.

L'excitabilité parasymphatique observée chez les intermittents, constante chez eux au cours des paroxysmes, ne se retrouve, et souvent à un degré moindre que chez certains épileptiques, migraineux (en période de migraine), les hyperthyroïdiens. Ainsi, en présence d'un cas d'anxiété, si le diagnostic est douteux, si en particulier on hésite entre la psychose périodique et l'obsession, la recherche des réactions vago-symphatiques pourra donner des indications et permettre de mieux orienter l'investigation psychologique.

De plus, *l'examen neuro-végétatif peut donner des indications utiles pour le pronostic.*

Chez les intermittents, en effet, la fin de l'accès est marquée par une diminution du tonus parasymphatique. Pendant les périodes intercalaires, le R. O. C. diminue souvent d'une façon considérable par rapport aux chiffres notés pendant les accès. Enfin la terminaison de la période intercalaire s'annonce par la réapparition du R. O. C. qui précède le paroxysme souvent de plusieurs jours. Ainsi pourrait-on prévoir à l'avance l'apparition d'un nouvel accès, par l'intensité subite du R. O. C.

Nous ajouterons enfin combien il est important pour le pronostic de pouvoir le plus tôt possible faire une différenciation manifeste entre une mélancolie intermittente vago-symphatique, une mélancolie psychène, une cœnesthopathie mélancolique.

Résumons ce long exposé en disant que nous trouvons actuellement (pour Santenoise et Tinel) « en présence d'une loi biologique générale, établissant la sensibilisation aux toxiques nerveux et la tendance aux réactions violentes qui présentent les sujets hypervagotoniques... Nous arrivons donc à cette conception que la psychose intermittente, comme les autres syndrômes paroxystiques, traduit vraisemblablement une sorte d'auto-intoxication de nature encore inconnue, peut-être humorale ou glandulaire. Les oscillations anormales de l'équilibre vago-symphatique ne font sans doute que créer alternativement des périodes de sensibilisation ou de résistance, des états favorables ou défavorables à l'expression de ces troubles toxiques. Elles transforment en un syndrome intermittent et paroxystique la manifestation d'une in-

toxication latente et peut-être permanente. C'est l'état humoral, qui détermine la psychose, mais c'est le déséquilibre sympathique qui en fait l'intermittence.

Il est possible que l'état sympathique exerce une certaine influence sur la production même du complexe toxique. Il est possible aussi que l'intoxication latente soit, dans une certaine mesure, responsable des variations même de l'équilibre-vago-sympathique. Ce sont-là des questions encore à l'étude. »

Pronostic tiré du Traitement. — Il se basera naturellement sur ce même examen du déséquilibre vago-sympathique qui conduit à l'emploi d'agents pharmacodynamiques modificateurs de ce tonus. *Ces résultats sont encore, hélas! trop inconstants, pour baser sur eux un pronostic.*

Au Congrès de Quimper 1922, Logre et Santenoise ont cité quelques succès obtenus chez les intermittents en employant comme procédés thérapeutiques: la teinture de belladone, l'adrénaline, le gardenal, les choes anaphylactoides. Il est évident que l'adrénaline par exemple aura chez l'anxieux émotif, hypersympathicotonique, un effet déplorable qui pourra mettre sur la voie. Mais inversement, il semble que les vrais intermittents soient spécialement rebelles aux médicaments, il faut leur administrer des doses souvent énormes d'atropine, de gardenal, etc... atteindre des doses habituellement toxiques, pour arriver à un résultat tangible et encore faut-il les administrer dès l'apparition du R. O. C. *plusieurs jours avant la crise, ou tout à fait à la fin de l'accès*, en plein paroxysme ils paraissent bloqués contre toute action thérapeutique. (Voir: influence du choc sérique sur certains

états psychopathiques. Tinnel S. P. P. Décembre 1922. — Effet transitoirement favorable du choc thérapeutique chez un déprimé mélancolique anxieux avec vagotonie par Merklen et Minvielle, ibidem. — Mélancolie anxieuse améliorée par la méthode de Volff par Laignal-Lavastine, id — Santenoise: Presse médicale, avril 1923. — Choc par la vaccination antityphique, par Logre, id.).

Aussi, considérons-nous encore comme toute relative, la valeur diagnostique et pronostique de ces effets thérapeutiques. Inversement, le traitement psychologique n'aura de prise que chez les anxieux émotifs, chez les intermittents il restera négatif. Il aura peu d'effet chez les cœnestopathes délirants. Là encore la valeur pronostique demeure fort relative.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

I

Le syndrome mélancolique peut avoir des terminaisons multiples :

1° Il peut guérir dans 50 % des cas environ, d'une façon définitive, surtout lorsqu'il apparaît dans la jeunesse ou à l'involution et spécialement chez l'homme. Il ne paraît pas alors appartenir à la psychose manique-dépressive.

2° Il peut récidiver une seule fois, au cours de toute une existence dans 10 % des cas environ. Il est utile d'étudier spécialement la longue période intercalaire et de dépister les accès avortés, avant d'affirmer la récurrence unique. Cette récurrence unique s'observe dans la mélancolie que nous avons appelée « psychogène » plutôt que dans la folie vraiment périodique.

3° Il peut avoir des récurrences multiples. Nous avons différencié dans ce cas deux sortes de mélancolie à caractères spéciaux : A) La mélancolie simplement récidivante,

dite psychogène, sorte de névrose d'angoisse survenant chez les obsédés et comportant comme pronostic celui du terrain constitutionnel sur lequel elle évolue.

B) La mélancolie intermittente vraie, à début et à terminaison brusques, sans cause psychique évidente. Elle comporte le pronostic de la folie périodique. Ce pronostic dépend surtout de l'examen de la période intercalaire. Lorsque, au cours de l'intervalle, apparaissent des symptômes nouveaux que nous avons appelés « symptômes acquis », les récidives deviennent inévitables, la chronicité est à craindre.

4° Le syndrome mélancolique aigu peut passer à la chronicité:

A) Chronicité simple comprenant : l'asthénie, la dépression et l'anxiété chroniques.

B) Chronicité délirante. Les délires systématisés chroniques secondaires à la mélancolie appartiennent à deux groupes différents : 1° Les délires mélancoliques chroniques vrais, délires coenesthopathiques, se rapprochant tous plus ou moins du délire des négations qui en est la forme la mieux caractérisée ; 2° les pseudo-délires mélancoliques chroniques qui résultent soit de l'association d'une Paranoïa et d'une psychose maniaque dépressive, soit du développement d'un délire d'interprétation et plus rarement d'un délire hallucinatoire sur un terrain psychasthénique.

5° Enfin l'accès mélancolique peut se terminer par la démence ; évolution très rare, due, la plupart du temps, à un appoint organique, sénile ou artério scléreux.

II

Dans une deuxième partie de notre travail, nous avons essayé de rechercher la valeur pronostique de quelques symptômes mélancoliques :

Du côté de l'idéation : la fixité et la monotonie du délire, la présence de l'idée obsédante monotone semblent être des signes alarmants,

Du côté de l'activité : La catatonie, le négativisme, le maniérisme, l'état mixte permanent paraissent assombrir, par leur présence, le pronostic.

Du côté affectif : nous avons remarqué l'évolution fâcheuse des anxieux gémissieurs et déclamateurs. L'anxiété en général et la stupeur ne paraissent pas avoir une importance spéciale.

La conscience de l'état morbide est exagérée et déformée pendant l'accès quel qu'il soit ; elle disparaît complètement dans la période intercalaire de la mélancolie périodique ; elle se transforme au contraire en idée obsédante chez le mélancolique « psychogène ».

La confusion mentale secondaire épisodique est sans gravité. L'automatisme est un signe à peu près constant de chronicité.

L'hérédité et surtout l'hérédité similaire assombrit toujours le pronostic.

La dégénérescence mentale apporte en général un élément de déformation et d'aggravation.

L'involution transforme et aggrave habituellement la mélancolie préexistante. Enfin les maladies intercurrentes ont quelquefois un heureux effet sur le cours de la maladie.

Tous ces symptômes ont une valeur pronostique assez inconstante. La mélancolie n'est pas une entité morbide homogène, mais au contraire un syndrome d'origine variable, dont l'étiologie mal connue commande précisément l'évolution.

L'examen des facteurs physiques et plus particulièrement celui du système organo-végétatif éclaireront sans doute diagnostic et pronostic. Dès maintenant, il semble que par les nouvelles et précises méthodes d'investigation du système vago-sympathique, on puisse isoler :

a) une mélancolie intermittente vagotonique(correspondant à la folie périodique, due à un déséquilibre neuro-végétatif évident et à un appoint toxique encore mal connu ;

b) une mélancolie sympathicotonique correspondant à l'anxiété émotive psychogène.

c) une mélancolie anxieuse cœnesthopathique, indifférente au point de vue vago-sympathique et comprenant :

les délires des négations, les hypochondries chroniques, le syndrome de Cotard.

La Biologie associée heureusement à la Psychologie transformera, peut être bientôt, les conclusions incertaines de notre travail et apportera cette précision scientifique si désirable, que nous n'avons pu obtenir ici.

Vu :

Le Président de Thèse,

HENRI CLAUDE.

Professeur.

Vu :

Le Doyen,

H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Abély (Xavier).** — Les Stéréotypies. Thèse Toulouse, 1916.
- Abély (Xavier et Paul).** — Les périodes intercalaires et les terminaisons de la folie intermittente (prix Aubanel 1922). (Société médico-psychologique).
- Anglade.** — Les délires systématisés secondaires. Congrès Marseille 1899.
- Antheaume.** — Rapport du Congrès de Genève, 1907.
- Antheaume et Trepsat.** — Délire d'imagination et psychose périodique. *Encéphale*, sept. 1919.
- Arnaud.** — Psychoses constitutionnelles. (Traité G. Ballet).
- Athanassio.** — Les mélancoliques. *Archives de médecine de Paris*, 1899.
- Artur.** — De la possession démoniaque. Th. Bordeaux, 1910.
- Baillarger.** — De la folie à double forme. *Annales médico-psychologiques*, 1880.
- Ball.** — Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1883.
- Gilbert-Ballet.** — La mélancolie intermittente. *Presse Médicale*, 1902.
- Bombarda.** — Ménopause virile. *Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, 1899.

- Bessières.** — Paranoïa et psychose périodique. Th. Paris, 1912.
- Billod.** — Les intervalles dits lucides chez les aliénés. Annales médico-psychologiques, 1852.
- Chastin.** — Eléments de sémiologie et clinique mentales. Paris, 1912.
- Capgras.** — Essai de réduction de la mélancolie à une psychose d'involution présénile. Th. Paris, 1900.
- Capgras et Paul Abély.** — Psychoses atypiques. Clinique mentale, janvier 1922.
- Codet.** — Le Collectionnisme. Thèse Paris, 1912.
- Capgras et Jean Reboul-Lachaux.** — Clastomanie systématique. Clinique mentale, mars 1923.
- Cellier.** — Les mélancoliques anxieux persécutés.
- Cotard.** — Le délire des négations. (Arch. de Neurologie 1882).
- Couchoud.** — L'asthénie primitive. Thèse Paris, 1911.
- Crinon.** — Pathogénie des idées de négations chez les mélancoliques. Thèse Paris, 1908.
- H. Claude.** — Troubles de l'équilibre endocrinien. Examen du sang. Paris Médical, 1920, n° 37.
- H. Claude, Tinel et Santenoise.** — Société Biologie, déc. 1922.
- H. Claude, Santenoise et Schiff.** — Hémoclasie digestive et tonus nemo-végétatif. Société Biologie, mars 1923.
- Chastenot.** — Les mélancoliques anxieux. Th. Bordeaux, 1890.
- Doutrebente.** — La folie à double forme. Ann. Méd. Psych. 1882.
- Deny et Camus.** — La Psychose Maniaque dépressive. Baillières, 1907.
- Duclos.** — Contribution à l'étude des intermittences dans la psychose périodique. Th. Paris, 1913.
- Ducosté.** — Deux malades atteints de psychose maniaque dépressive. Annales d'hygiène publique et médecine légale, juillet 1909.

- Dumas.** — La tristesse et la joie. Paris, 1889. — Psychologie de deux messies positivistes, 1905.
- R. Dupouy.** — Récidives éloignées de la manie. Ann. médico-psych., 1911.
- Esquirol.** — Des maladies mentales, 1838.
- Falret.** — La folie morale. Ann. médico psych., 1866. — Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris, 1890.
- Foville.** — La marche de la folie. (Dict. de Méd. et Chirurgie pratiques, 1872.
- Garcginski.** — Issue des psychoses périodiques et circulaire et de la folie maniaque dépressive. Th. Genève, 1910.
- Gausson.** — La Mélancolie pré-sénile. Th. Bordeaux, 1911.
- Griesinger.** — Traité des maladies mentales. Traduct. Doumic, 1865.
- Garreton et Santenoise.** — Société de Biologie, nov. 1921.
- Garreton et Santenoise.** — Bulletin de l'Académie des Sciences mars 1923.
- Hamel et Couchoud.** — Dégénérescence mentale et psychose maniaque dépressive. Clinique mentale, 1910.
- Hartenberg.** — La Cyclothymie. Presse médicale, 1909.
- Hœckel.** — La névrose d'angoisse. Edit. Masson, 1917.
- Kahn.** — La cyclothymie. Thèse Paris, 1909.
- Kraft-Ebing.** — Traité clinique de psychiatrie. Trad-Laurent, Paris, 1897.
- Krœplin.** — Ler hrbuch für psychiatrie, 5^e, 6^e, 7^e, 8^e éd.
- Lalanne.** — 1^o Des états anxieux dans les maladies mentales. Congrès de Grenoble, XII^e session.
- 2^o Les persécutés mélancoliques.
- Le Grand du Saule.** — Traité de médecine légale. Paris, 1887.
- Magnan.** — La folie intermittente, Congrès de Berlin, 1890.

- Logre.** — Conscience de l'état morbide. Congrès de Luxembourg, 1922.
- Morel.** — Études cliniques. Tome II.
- Mairet.** — De la démence mélancolique, 1883.
- Masselon.** — La Mélancolie, 1906.
- M^{lle} Pascal.** — La folie de Schumann. Revue neurolog. 1909.
- Reboul-Lachaux Charles.** — Le Maniérisme th. Montpellier, 1921.
- Régis.** — Traité de Psychiatrie, 1914.
- Régis et Lalanne.** — Congrès de Genève, 1907.
- Rémond et Voivenel.** — Enquête à propos de la psychose maniaque dépressive. Annales Méd. Psych., 1910.
- Ritti.** — La folie à double forme. Paris, 1883.
- Rogues de Fursac.** — Précis de Psychiatrie.
- Rivière.** — Statistique sur la manie et la mélancolie. Th. Bordeaux, 1909.
- Sérieux et Capgras.** — Les délires systématisés chroniques. Collection Sergent, 1921.
- Séglas et Chaslin.** — La Catatonie d'après Kahlbaum. Arch. de Neurologie, 1888.
- Séglas.** — Le mutisme mélancolique. Annal. M. P., 1891.
- Le délire des négations. (Collection Léauté).
- Les hallucinations psycho-motrices. Prog. Méd. 1888.
- Taubert.** — Psychose périodique. Lésions et terminaisons. R. N. 1912.
- Toulouse et Vachide.** — Technique de Psychologie expérimentale.
- Validre.** — Statistique de 1251 cas de manie et de mélancolie. Th. Bordeaux, 1908.
- Vallon et Marie.** — Le délire mélancolique. Congrès de Toulouse, 1897.
- Vigouroux.** — Folie maniaque dépressive et cyclothymie. La Clinique, février 1910.
- Ziehen.** — Psychiatrie. Leipzig, 1907.

TABLE DES MATIÈRES

1^{re} PARTIE

	PAGES
AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	11
GUÉRISON DÉFINITIVE.....	14
MÉLANCOLIE RÉCIDIVANTE :	18
Récidive unique.....	18
Récidives multiples.....	22
Les périodes intercalaires.....	27
MÉLANCOLIE CHRONIQUE	49
DÉMENCE MÉLANCOLIQUE.....	66

2^e PARTIE

VALEUR PRONOSTIQUE DE QUELQUES SYMPTÔMES MÉ-	
LANCOLIQUES.....	71
LE SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF DANS LA MÉLANCOLIE..	104
RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.....	117
BIBLIOGRAPHIE.....	123

